



Башина В.М.

Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)

Предисловие

Проблема шизофрении остается одной из важнейших в современной психиатрии и нуждается в мультидисциплинарных изысканиях. Среди них по-прежнему весьма существенное значение имеют клинические исследования шизофрении, проводимые в сравнительно-возрастном аспекте. Настоящая работа о детской шизофрении и представляет такое исследование.

При определении ранней детской шизофрении мы, как и большинство психиатров, придерживающихся клинко-нозологической концепции шизофрении, считали правомерным выделять данную группу психозов независимо от Возраста, в котором началась болезнь, на основании единства ее клиники, течения патогенеза и исходов.

По номенклатуре ВОЗ к детскому относится период жизни ребенка до 14 лет. Исходя из этого, детская шизофрения должна была бы охватывать заболевания во всем этом возрастном периоде. Однако с уточнением ее клиники эти границы были несколько сужены. В настоящее время к детской шизофрении относят случаи психоза, начинающегося у детей до 10-летнего возраста. Далее психоз подразделяют на подгруппы соответственно принятому в педиатрии делению детства на периоды и выделяют шизофрению раннего детства — до 3 лет, преддошкольного возраста — от 3 до 5 лет и дошкольного — от 5 до 7 лет. Некоторые авторы, например Т. П. Симеон, относили к ранней шизофрении процесс, начавшийся до 5—6 лет. В настоящей работе мы будем уделять основное внимание шизофрении раннего детства и в меньшей мере — преддошкольного

возраста.

Биологическая незрелость всех функциональных систем ребенка, взаимодействие физиологических факторов роста и патологических болезней ведут к своеобразию клиники ранней шизофрении. Ее исследование по этой причине представляет сложную задачу и требует длительных динамических наблюдений одних и тех же групп больных. Этим можно объяснить сравнительно медленное накопление материала по ранней детской шизофрении и тот факт, что до настоящего времени обсуждается ее клиническая сущность, нозологическая принадлежность, семейная патология при ней. Ряд детских психиатров поставили вопрос об идентификации ранней детской шизофрении с препсихотическими состояниями, конституциональными, симбиотическими психозами, синдромом раннего детского аутизма Каннера (Mahler M 1952; Despert L., 1965; Eggers Ch., 1973; Knobel M., 1974), т. е. ранняя детская шизофрения рассматривается с позиций единого психоза либо узкой синдромологии. Поэтому следует подчеркнуть большой удельный вес исследований советских детских психиатров среди работ, посвященных симптоматологии, течению, формообразованию детской шизофрении, *их усилия обосновать клиническими фактами ее существование, доказать клинко-нозологическое единство шизофрении в разных возрастных группах.

Нами многолетние клинко-динамические, катamnестические и клинко-генеалогические исследования шизофрении, начавшейся в раннем детстве и преддошкольном возрасте, отражают одну из попыток подойти к решению отдельных сторон этой проблемы.

Результаты исследований сгруппированы в три раздела. Первый раздел затрагивает проблему семейной патологии у больных ранней детской шизофрении. Во втором разделе, посвященном развитию детей в доманифестном периоде болезни, поднимается вопрос о соотношении ранней детской шизофрении и раннего детского аутизма Каннера. В третьем, основном, разделе анализируются материалы по систематике форм течения ранней детской шизофрении, в нем обосновывается возможность их выделения в раннем возрасте; он посвящен разработке типологии приступов, возрастным особенностям семиологии ранней детской шизофрении.

Мы надеемся, что предлагаемая вниманию читателей систематизация большого клинического материала по ранней детской шизофрении послужит улучшению помощи больным шизофренией детям, что повысит их социальную адаптацию.

Считаем своим долгом отметить, что наша книга — лишь раздел общих исследований шизофрении, которые проводятся на протяжении многих лет в Институте психиатрии АМН СССР под руководством Героя Социалистического Труда академика АМН СССР А. В. Снежневского. Без его постоянной помощи Отделу

психозов детского возраста, его еженедельных консультаций в отделе в течение последних 17 лет работа по ранней детской шизофрении в рассмотренном плане была бы невозможна. В связи с этим мы выражаем глубокую признательность академику А. В. Снежневскому за помощь и содействие на всех этапах работы над монографией.

Мы сердечно благодарим заведующих Отдела психозов детского возраста Института психиатрии АМН СССР доктора медицинских наук проф. Г. К. Ушакова, доктора медицинских наук проф. М. Ш. Вроно, сотрудников клиники, медицинских сестер И. Б. Смолину и Е. В. Рулу, кандидата педагогических наук С. А. Болдыреву, главных врачей Московской психиатрической больницы № 6 кандидатов медицинских наук В. А. Колегову и О. А. Трифонова, врачей больницы И. П. Митерину, Н. А. Игуменову, Р. А. Розенгауз, Л. Ю. Пущинскую, А. Л. Левину и др. за помощь в работе и сборе материала. Приносим особую благодарность старшему научному сотруднику Института гигиены детей и подростков кандидату медицинских наук Г. Н. Пивоваровой за совместную работу по синдрому раннего аутизма Каннера и депрессивным состояниям при шизофрении у детей.

1. Формирование учения о детской шизофрении

Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)

Башина В.М.

В этой главе мы остановимся на ключевых» этапах становления учения о детской шизофрении. Истоки наших знаний о ней восходят к учению о психозах и шизофрении в общей психиатрии. Из огромного числа работ по шизофрении назовем лишь самые существенные. Предположение об эндогенном происхождении вырождения наиболее четко сформулировали В. Morel (1860), V. Magnan и M. Legrain (1886). К выделению гебефрении и кататонии из единой группы психозов подошли Е. Necker (1871), K. Kahlbaum (1875), В. П. Сербский (1890), В. П. Осипов (1907), Ф. Е. Рыбаков (1917) и др. Опираясь на анализ начальных расстройств, основных синдромов и исходных состояний, Е. Kraepelin (1898) выделил группу раннего слабоумия. Позднее Е. Bleuler (1911), разработав положение об основном типе расстройств в форме аутизма и психического расщепления, обосновал наличие в группе раннего слабоумия состояний различной тяжести и назвал их шизофренией. Е. Kretschmer (1924) привлек внимание к взаимосвязи шизоидных психопатий с шизофренией и, что особенно важно, типами характеров в норме. Клинико-генеалогические исследования (Durst G., 1930; Kallmann F., 1946, 1948; Slater E., Roth M., 1969) завершили эту относительно целостную систему клинических изысканий шизофрении взрослых как единой клинико-нозологической единицы.

В работах клиницистов XIX—XX веков накапливаются данные о психозах у детей с галлюцинациями, сопровождающихся бредом,

кататоническими расстройствами, а также меланхолическими состояниями и нарушениями поведения типа Moral insanity (Малиновский П. П., 1847; Ковалевский П. И., 1883; Данилло С. Н., 1891; Муратов В. А., 1907; Prichard J., 1835; Maudsley H., 1871; Emminghaus H., 1890; Voisin F.,

1900, и др.). Вслед за фундаментальными исследованиями преждевременного слабоумия Е. Краепелин выходят в свет первые работы о детских психозах, которые отнесены к той же группе заболеваний. Так,, S. de Sanctis (Д905, 1908) охарактеризовал психоз у маленьких детей с психомоторным возбуждением и исходом в слабоумие, назвав его *dementia praecocissima*, а J. Raecke (1909) рассмотрел в группе преждевременного слабоумия психозы у детей с кататоническими расстройствами. За ними следуют работы М. Березовского (1909), А. Н. Бернштейна (1912), Е. Hollaender (1911), R. Weichbrodt (1918) и др., в которых доказывалась возможность шизофрении с кататоническими, гебефреничными, параноидными и аффективными расстройствами у детей школьного и подросткового возраста. Уже тогда была поставлена под сомнение связь этих расстройств с возрастом.

Работой А. Homburger (1926) завершается первый этап в изучении преждевременного слабоумия у детей и подростков. Широкое признание — получил факт возможности его у больных этих возрастных групп, причем особое внимание обращалось на сходство клинической картины шизофрении у детей, подростков и взрослых. Здесь все же следует отметить, что как на том этапе исследований шизофрении в онтогенетическом аспекте, так и на всех последующих отдельными клиницистами оспаривалась возможность шизофрении у детей из-за их психической незрелости (Halberstadt L., 1926; Knobel M 1974).

С середины 30-х и в начале 40-х годов нашего столетия начинается следующий этап в изучении шизофрении у детей. Его определяет особый интерес к клиническим проявлениям собственно детской шизофрении, ее семиологии, течению, семейной патологии. В отечественной психиатрии на том этапе ряд ведущих психиатров поставили первоочередной задачей накопление фактического материала по детской шизофрении. Т. И. Юдин в своей программной работе обращал внимание клиницистов на роль изучения факторов возраста в формировании психопатологических расстройств у детей и на важность различения симптомов психоза и недоразвития или повреждения развития. Автор не относил к продуктивным симптому повреждения развития и не идентифицировал их с симптомами психоза.

Клинические особенности шизофрении у детей привлекли внимание таких клиницистов, как Н. И. Озерецкий (1924, 1938), Т. П. Симеон (1926, 1929), С. З. Галацкая (1933), Е. С. Гребельская (1934) и др. Изучая моторику у больных разных нозологических групп, М. О.

Гуревич и Н. И. Озерецкий (1930) обнаружили, что у больных шизофренией детей моторные нарушения напоминают симптомы так называемой моторной дебильности Дюпре. Критерии дифференциальной диагностики детской шизофрении и психозов при органических, инфекционных и других заболеваниях центральной нервной системы разрабатывали Е. А. Осипова, И. В. Шур (1935), А. И. Винокурова (1936), В. П. Кудрявцева (1954, 1956), М. О. Лапидес (1965) и др.

В монографиях по детской и подростковой шизофрении Г. Е. Сухаревой (1937) и по детской шизофрении Т. П. Симеон (1948) авторы определили шизофрению у детей и подростков как наследственно обусловленное заболевание с типической психопатологической картиной, течением и исходом. Они выделили основные синдромы при подростковой шизофрении: кататонический, гебефренный, параноидный, некоторые симптомокомплексы при детской шизофрении и поставили задачу дальнейшего изучения синдромов и течения шизофрении у маленьких детей.

Последовательно развивая идеи М. С. Зеленского (1864), В. А. Муратова (1896, 1898), А. Н. Бернштейна (1912) и др. о течении различных психозов у подростков и детей, Г. Е. Сухарева предложила систематику шизофрении по типам течения процесса. В ее основу положены учет остроты начала и темпа болезни. Автором были выделены вялый, непрерывный, смешанный и ремиттирующий типы течения шизофрении с острым и подострым началом. На том этапе исследований Г. Е. Сухарева вялое течение не идентифицировала с малопрогрессирующим течением шизофрении, поэтому при вялом течении болезни ею допускалась возможность кататонических симптомов. Следует признать выдающееся значение этой систематики шизофрении. Спустя 10 лет Т. П. Симеон (1948) высказала сомнение в том, что у детей дошкольного возраста можно определить тип течения шизофрении, и предположила, что это дело будущего. Ею в соавторстве с В. П. Кудрявцевой (1934, 1948, 1959) в круге детской шизофрении охарактеризованы симптомокомплексы: кататонический, с постепенно наступающей деградацией психики, гебефренический, анэтический, навязчивостей в сочетании с депрессивным фоном, бредоподобных фантазий. А. Н. Чехова (1953, 1963), проводя уникальное катамнестическое исследование группы больных, заболевших шизофренией в раннем детском возрасте, на основании полученного материала попыталась определить типы течения детской шизофрении. Она описала шизофрению с психопатоподобными состояниями, бредоподобными фантазиями, навязчивостями, галлюцинаторно-бредовыми, кататоническими расстройствами с распадом речи и без него, с множественными проявлениями процесса и, к сожалению, в основе этой систематизации детской шизофрении по-прежнему оставила синдромальный принцип. М. Ш. Вроно (1967, 1972), продолжая

изучать течение шизофрении у детей и подростков, описал непрерывный вялый, непрерывный с обострениями и ремиттирующий типы течения болезни. В последующих работах автор углубляет свои представления о формах течения шизофрении и предлагает различать непрерывно текущие: вяло-, средне- и злокачественно-прогредиентные, приступообразно-прогредиентные и периодически текущие формы шизофрении у детей и подростков.

О. П. Юрьева (1971), поддерживая идею о врожденной шизофрении А. Н. Бернштейна (1912), L. Bender (1958) и других исследователей, дает характеристику вариантов ее вялого течения и свойственных ему симптомов процессуального генеза: кататонических, психопатоподобных, псевдоолигофренических и непроцессуального эволютивного генеза—в форме нарушенного развития. Следует подчеркнуть значение выделенных автором типов врожденного дизонтогенеза: стигматизированного, искаженного и задержанного. Предположение О. П. Юрьевой о возможности относить к шизофрении врожденные состояния у детей, клиническую картину которых исчерпывают симптомы нарушенного развития, нуждается еще в тщательной доработке и обосновании клиническими фактами. Это связано с тем, что на данном этапе недостаточно изучены критерии дифференциальной диагностики врожденных нарушений развития процессуального и непроцессуального генеза, вследствие чего подобный подход может повести к неправомерному расширению диагностики шизофрении.

Ряд авторов (Козлова И. А., 1967; Жезлова М. Я., 1967; Головань Л. И.; Башина В. М., 1970; Калугина И. О., 1970; Головань Л. И., 1971; Башина В. М., Пивоварова Г. Н., 1972, и др.). анализируя тип течения болезни, основные психопатологические расстройства, степень прогредиентности при детской шизофрении, попытались дать характеристику не только непрерывной вялой и злокачественной, но и приступообразной шизофрении с полиморфными расстройствами в приступах.

Большое внимание современные детские психиатры уделяют изучению симптоматики детской шизофрении. Можно отметить постепенное накопление фактического материала о симптомах и симптомокомплексах при шизофрении у детей школьного, дошкольного и предшкольного возраста. Так, если развитие параноидных расстройств при детской шизофрении было поставлено под сомнение М. О. Гуревичем (1932), то несколько позднее Т. П. Симеон (1948) в аутистических фантазиях обнаружила элементы, присущие бреду Бред неродных родителей у детей школьного возраста, больных шизофренией, выявила В. Н. Мамцева (1958). Правда, значительно раньше отмечали в психозах у детей сходные расстройства в структуре бреда иного происхождения. Чувственный характер бреда у больных шизофренией детей того же возраста описала М. И. Моисеева (1969). М. Ш. Вроно (1973), характеризуя бредовые идеи у детей дошкольного возраста,

обращает внимание на конкретность, наивность, незавершенность и отсутствие тенденции в них к систематизации.

Постепенно углубляются также и познания о галлюцинаторных расстройствах у детей, больных шизофренией. Т. П. Симеон, Л. И. Гальперин, М. М. Модель (1935) и другие авторы допускают наличие галлюцинаций у больных этой группы. И. А. Козлова (1967) наблюдала зрительные и вербальные галлюцинации, как и Л. Я. Жезлова (1967), у больных дошкольного возраста. В литературе мы, однако, не встретили данных о возрасте наиболее раннего появления галлюцинаций у детей, возможности у них псевдогаллюцинаций, их прогностической значимости при ранней детской шизофрении. Как уже было отмечено выше, кататонические расстройства у детей, больных шизофренией, были обнаружены одними из первых. Рудиментарность, основной характер возбуждения при этом симптомокомплексе у детей установлены М. Ш. Вроно (1963, 1967). Мы (1968) обратили особое внимание на отсутствие явлений каталепсии и наличие стереотипии вследствие регресса моторных навыков в кататонических расстройствах у больных шизофренией периода раннего детства.

В 40-х годах XX столетия Н. И. Озерецкий предположил, что при шизофрении и у детей дошкольного возраста возможны деперсонализационные расстройства. Позднее к их изучению подошли Т. П. Симеон (1948), А. А. Меграбян (1962), Г. К. Ушакова (1966), М. Ш. Вроно (1967), В. а Ковалев (1977) и др.

Наблюдая неврозоподобные расстройства в клинической картине детской шизофрении, Е. Е. Сканави (1957, 1962), Г. Н. Пивоварова (1962), Л. И. Головань (1965), А. А. Кашникова (1973) подчеркивали отсутствие чувства чуждости в структуре навязчивого синдрома.

В своем труде Г. Е. Сухарева (1974) показала возможность развития в круге вялой шизофрении у детей и подростков неврозоподобных, деперсонализационных, речевых расстройств, страха, патологических фантазий, синдрома перевоплощения, стертых колебаний настроения, кататонических симптомов, в круге злокачественной шизофрении — кататонических, гебефренных и параноидных расстройств. Анализ « клинических фактов, изложенных в этом крупном руководстве по детской и Подростковой психиатрии, дает основание констатировать крайне медленное накопление знаний в области психопатологии детской шизофрении.

Одновременно с изучением клиники шизофрении в статике проводились исследования ремиссий, типологии, исходных состояний при ней. До сих пор почти общепризнанным остается мнение о неблагоприятном течении рано начинающейся, шизофрении (Чехова А. Н., 1963; Сухарева Г. Е., 1974, и др.). Подобное отношение к исходам детской шизофрении сложилось исторически, так как при изучении шизофрении у детей внимание

было привлечено прежде всего к недоброкачественным ее формам. В настоящее время этот взгляд поддерживается отсутствием широких исследований в популяции со статистической оценкой точно установленных единых форм течения шизофрении у детей и подростков. Как уже отмечалось в предисловии, сейчас, когда не выработаны общепринятые критерии диагностики детской шизофрении, установить ее истинную частоту и получить точные сведения о распределении по формам течения и исходам при ней вряд ли возможно.

В понимании этиологии и патогенеза шизофрении у детей имеют немаловажное значение работы эволюционно-биологического направления. Одним из основоположников его в психиатрии, как отметил В. М. Морозов (1961), был Н. Maudsley (1871). Его работы представляют до сих пор интерес в связи с тем, что он один из первых предлагал и пытался изучать психопатологию в психозах — от простых расстройств у детей до сложных расстройств у взрослых. Однако психопатология шизофрении стала разрабатываться вначале у больных зрелого возраста. Такой путь не случаен: психопатологические расстройства, свойственные шизофрении зрелого возраста, у детей рудиментарны или совсем отсутствуют, а кроме того, в клинике шизофрении у детей, помимо позитивных симптомов, большое место занимают симптомы нарушенного развития. Все это затрудняет даже квалификацию ряда психопатологических расстройств при шизофрении у детей. И вместе с тем именно Н. Maudsley показал важность работ эволюционного направления. Подобные исследования дают возможность разграничивать симптомы нормального и задержанного развития, сопоставлять их, с позитивными расстройствами и способствуют пониманию ранней шизофрении.

Проникновению в работы эволюционных идей немало способствовали труды таких блестящих русских физиологов, как И. М. Сеченова (1863), Д. А. Ухтомского (1925), И. П. Павлова (1949), патофизиологов А. Г. Иванова-Смоленского (1933), Н. И. Красногорского (1935) и др. Необходимость знания онтогенеза в детской патологии, учета последовательной смены симптомов в связи с возрастным развитием больного подчеркивалась еще в работах М. С. Зеленского (1864) и В. А. Муратова (1898); последний писал об «уровнях онтогенеза, в периоде которых проявляется вредность, и предлагал выделять внутриутробный уровень поражения и уровень, охватывающий первые годы жизни ребенка. Идеи о взаимовлиянии возрастных и патогенных факторов и необходимости их учета при исследовании шизофрении у детей пронизывают и работы Г. Е. Сухаревой (1937, 1970), В. В. Ковалева (1969) и других советских детских психиатров. В последние годы наиболее широкое отражение эволюционные идеи получили в работах Г. К. Ушакова (1966, 1968, 1973, 1974), в которых изучается онтогенез здоровых детей, близнецов и больных детей. Эти исследования привели к созданию в учении детской шизофрении

самостоятельного раздела, посвященного патологии развития, — «шизофреническому дизонтогенезу». К разработке этой же проблемы подошли и детские психиатры в ранее начатых исследованиях шизоидных психопатий и других пограничных состояний у детей (Сухарева Г. Е., 1926, 1927, 1930; Симеон Т. П., 1929; Новлянская К. А., 1935, 1939; Гиндикин В. Я., 1967; Буянов М. И., 1968; Ковалев В. В., 1969). Близки им и работы по раннему аутизму у детей (Мнухин С. С. и др., 1967; Башина В. М., Пивоварова Г. Н., 1970; Юрьева О. П., 1971; Башина В. М., 1974, 1977; Вроно М. Ш., Башина В. М., 1975).

Следующий раздел, без которого невозможно было бы понимание детской шизофрении, представлен клинико-генеалогическими исследованиями семей детей, больных шизофренией.

Распространенность психозов и аномалий личности у родственников детей и подростков, страдающих шизофренией, отмечена в работах Г. Е. Сухаревой (1937), Т. П. Симеон (1948), А. Н. Чеховой (1963) и др. В последние годы проведены специальные клинико-генетические исследования семей детей, больных шизофренией (Салдина Л. П., 1964, 1969; Башина В. М., 1970; Головань Л. И., 1971, 1972; Буторина Н. Е., 1976), не только показавшие, как в прежних исследованиях, существование во всех семьях детей, больных шизофренией, родственников с патологией характера шизоидного круга, больных шизофренией и другими психозами, но и установившие факт сквозных симптомов в родственных парах, взаимосвязь между частотой встречаемости родственников с патологическими проявлениями и формами течения шизофрении у пробандов. Клинико-генеалогические исследования семей здоровых детей, однояйцевых близнецов и больных детей дают возможность показать отсутствие подобной отягощенности в семьях здоровых детей (Г. К. Ушаков и др., 1973, 1974).

Остановимся на особенностях формирования учения о детской шизофрении в странах Европы и США в 30—70-х годах нашего столетия. Клинико-нозологическое направление немецкой общей психиатрии явилось важной теоретической базой для развития детской психиатрии и, в частности, исследований по детской шизофрении не только в самой Германии, но и в Австрии, Дании, Швейцарии и Скандинавских странах. В работах Н. Burger-Prinz (1940), М. Tramer (1957, 1958), Ch. Wieck (1965) главное внимание уделяется клинике неблагоприятной шизофрении у детей 5—15-летнего возраста, обсуждаются аффективные, двигательные расстройства, нарушения поведения. Особенно важными среди них нужно признать исследования J. Lutz (1937, 1938), в которых имеются клинические характеристики злокачественной шизофрении у детей 5 лет и старше. Считая синдром аутизма краеугольным расстройством шизофрении и у детей, автор поставил его на обсуждение. Понимание аутизма у детей, по его мнению, должно опираться на иные критерии, чем те, что приняты при определении этого явления у взрослых, больных шизофренией.

Характеризуя больного ребенка с аутистическими нарушениями, следует говорить не о замкнутости, а скорее о невозможности контактов. Эти состояния нужно представлять как пустоту, так как в них нет никакого содержания. Основными у таких больных будут утрата интересов, расстройства речи в связи с нарушениями контактов, а не органическим дефектом. Касаясь места кататонических расстройств в клинической картине шизофрении у детей, J. Lutz не смог прийти к определенному выводу. В отношении бредовых построений и галлюцинаций автор, как и ряд других исследователей (Tramer M., 1958), высказался об их хотя и редкой возможности в картине неблагоприятной детской шизофрении.

Говоря о взглядах на течение шизофрении у детей, он подчеркнул свое согласие с рядом положений Г. Е. Сухаревой и выделил медленно текущие и ремиттирующие шизофрении. W. Mayer-Gross (1954), высказываясь о течении шизофрении у детей после J. Lutz, считал, что большинство психиатров сходятся на признании двух основных типов течения — прерывистого и непрерывного. Близких позиций в вопросе о течении придерживаются и другие авторы (Villinger W., 1959; Spiel W., 1968). Тут же следует упомянуть и о том, что W. Villinger (1959) один из первых на основе собственных наблюдений доказал течение шизофрении у детей в виде приступов, тогда как до его работы об этом судили по анамнестическим сведениям.

В работах ряда исследователей обсуждается клиника не только собственно шизофрении, но и близких ей шизоидных состояний, и в особенности дифференциация этих состояний. Так, проблему дифференциации шизоидной психопатии, раннего аутизма и шизофрении рассматривали Н. Asperger (1944, 1968), G. Bosch (1962, 1972) и ряд других авторов. Многие исследователи занимаются изучением постнатального онтогенеза, что имеет значение в изучении асинхроний развития, в частности и при детской шизофрении (Eggers E., Wagner K, Kulz J., Kleinpeter U., 1974).

Как уже подчеркивалось выше, клинические описания детской шизофренииполнились и исследованиями ведущих психиатров Австрии, Голландии, Скандинавских стран, среди которых надо назвать работы G. Langfeldt (1939, 1958), S. Stromgren (1946, 1968), Am. van Krevelen (1967, 1974) и многих других. Немалая заслуга в разработке дифференциально-диагностических критериев при шизофрении и шизоформных состояниях, возникающих при органических поражениях центральной нервной системы, принадлежит F. Stockert (1949), Ch. Astrup и R. Holmbo (1957) и др. Arn van Krevelen (1952) первый среди европейских клиницистов описал больных с синдромом раннего аутизма. Этот тип расстройств он вначале отнес к последствиям органического поражения центральной нервной системы. В последующие годы автор, продолжая пристально наблюдать эти состояния, предполагает

возможность их шизофренного генеза (van Krevelen Arn., 1958, 1962, 1973).

На формирование псевдоолигофренической деменции после ранних шизофренических шубов обратили внимание W. Spiel (1963) и E. Stromgren (1965, 1968). W. Spiel (1968) в клинко-катамнестической работе, основанной на 74 наблюдениях больных шизофренией, из которых у 17 заболевание началось с 11-летнего возраста, подчеркнул необходимость накопления фактов о развитии детей в доманифестном периоде болезни и, главное, высказал положение, сходное с принятым нашими отечественными психиатрами, о необходимости в диагностике шизофрении прежде всего опираться на течение и уже затем — синдромы болезни. Он, как и J. Lutz, считал, что при шизофрении у детей наряду с аффективными и двигательными расстройствами, обязательны аутистические симптомы и расстройства личностных отношений, инстинктивной жизни.

Финские детские психиатры O. Alanen, F. Arajärvi и O. Viitamäki (1964) в этиологии шизофрении у детей центральное место отводят наследственным факторам, правда, на основании небольшого числа личных наблюдений (из 23 детей, больных психозами разной этиологии, только 9 были больны шизофренией). Среди основных расстройств детской шизофрении они перечисляют инфантилизм, нарушения речи, приступы возбуждения, слуховые и зрительные галлюцинации, явления регресса психики.

Исследовав всего 3 больных детей с явлениями раннего инфантильного аутизма, авторы все же решились высказать и свои взгляды на аутизм как генетический признак, передающийся от одной генерации к другой, считая, что окружающие факторы способствуют лишь его углублению.

Представители французской детской психиатрии рассматривают детскую шизофрению в круге конституциональных психозов (Duranton P., 1956; Mestas Ch., 1957; Heuyer G. et al., 1958; Michaux L., Dtiche D., 1965; Mises R., Moniot M., 1970, и др.). Истоки этого направления восходят к учению B. Morel (1860), V. Magnan и M. Legrain (1886) о дегенеративных состояниях. Диагностика шизофрении в детстве, по мнению упомянутых выше авторов, сложна и редка. Для нее обязательны такие кардинальные признаки, как деменция, расстройства поведения, чувств, «бедные» деперсонализационные симптомы, тенденция к хроническому течению. Ряд других авторов (Blondel Fr., 1959; Landry A., 1959; Corboz P., 1962) к этому добавляют нарушения соматики, аутизм.

Некоторые детские психиатры полагают, что в круге так называемой детской шизофрении нередко рассматриваются состояния расстроенного поведения, что значительно расширяет ее

диагностику.

В происхождении шизофрении одни специалисты придают значение биологической предрасположенности, не отрицая соматогенной провокации, другие — трактуют шизофренические психозы у детей с психоаналитических позиций (Lebovici S., 1971, 1973).

Именно во французской психиатрии были заложены основы учения о так называемых дегенеративных состояниях. Собственно состояниями шизоидного круга у детей с психопатическими и псевдопсихопатическими проявлениями стали заниматься практически с 50-х годов E. Stern, M. Schachter (1953), A. Landri (1959), Fr. Blondel (1959). Последние авторы, «препсихотический» период в развитии психоза определили как диссоциированное развитие. Раннюю детскую шизофрению они отнесли к «препсихотическим» состояниям.

Клинико-генеалогические изыскания представлены работами M. Mises, M. Moniot (1970) и др. В них уда-лось показать наличие психических заболеваний — от нарушенного поведения и социальной дезадаптации до хронических поражений центральной нервной системы — у родственников более чем половины исследованных семей.

Завершая краткий обзор основных работ детских психиатров Центральной Европы и Скандинавских стран, можно сказать, что в основном в них анализируется шизофрения у детей дошкольного, школьного возраста, в особенности свойственные ей психопатологические расстройства, такие, как аутизм, кататонические симптомы, нарушения поведения или в целом препсихотические состояния.

Клиническому направлению французской детской психиатрии близки исследования канадских психиатров (Delage J., 1960; Ward F., Hoddinott B., 1968). J. Dalage допускает возможность начала шизофрении у детей в возрасте до 3 лет. Правда, его собственные наблюдения основываются на 20 случаях с началом болезни в 5—16-летнем возрасте. Автор придерживается наследственной концепции шизофрении у детей. При детской шизофрении он рассматривает такие симптомы как страх, тоскливость, угнетение познавательных способностей, нарушения речи и вазовегетативные симптомы в виде нарушений сна, аппетита, акроцианоза, изменения в росте и массе тела.

Характеристику развития детской психиатрии в англо-саксонских странах в кратком обзоре дать сложно. Первые работы представителей этих стран в основном отражали клинко-нозологические аспекты. В монографиях H. Potter (1933) и C. Bradley (1941) описано расстроенное поведение у детей, больных шизофренией, показаны нарушения взаимоотношений со

сверстниками, эмоциональное обеднение, вялость побуждений, изменения речи, состояния возбуждения. Эти работы отличались оригинальностью клинических характеристик, в них почти не применялась терминология, принятая в общей психиатрии. Продолжение этих же тенденций⁴ в подходе к описанию клиники детской шизофрении и патологического развития личности можно увидеть и в работах, вышедших в последние годы (J. Kolvin, 1974, и др.). Основное место в клинике психозов раннего возраста эти авторы отводят расстройствам развития личности (Kolvin J. et al., 1971; Kolvin J. et al., 1971, и др.).

Большинство специалистов США и Англии в основном разделяют теории психогенеза, психоаналитические концепции в трактовке шизофрении у детей (Bellak L., 1948; Pollack M., 1958, 1966; Goldfarb W., 1961; Wolman B., 1965; Mednick S., Schulsinger F., 1965, и др.). Ими поддерживается взгляд на болезнь как реакцию личности на интра- и экстрапсихические проблемы. Истоки таких позиций восходят к психоаналитическому, психогенетическому и близким им направлениям в общей психиатрии этих стран (Meyer A., 1906). Среди ведущих идеологов психоаналитического направления в детской психиатрии этих стран можно назвать таких клиницистов, как M. Klein (1932), L. Despert (1938, 1952, 1968), E. Anthony (1958), M. Mahler (1965), M. Creak (1967) и др.

M. Mahler (1952) к симбиотическим психозам относит и раннюю детскую шизофрению. Нарушение взаимоотношений между матерью и ребенком ею рассматривается как первопричина этих психозов. Она выделяет отдельные фазы в развитии ребенка на основе определенных взаимоотношений его с матерью: 1-го по 4-й месяц—аутистическая, с 5-го по 12-й — симбиотическая, с 12-го по 24-й месяц — индифферентная. Своевременное физическое созревание в каждой фазе служит основой эмоционального созревания» в норме. Во время болезни эти отношения расстраиваются. На основании этих предпосылок автором выдвигается гипотеза, согласно которой при расхождении сексуального созревания ребенка и его автономной «эго»-функции эмоциональное созревание и дифференциация от матери не наступают. Тогда «эго»-структура личности ребенка, нарушаясь, становится фрагментарной, что ведет к задержке развития симбиотических отношений в определенной стадии и патологии их в виде симбиотических психозов. Сходную точку зрения еще ранее высказывала M. Klein (1932) и некоторые другие авторы, предполагавшие в основе симбиотических психозов нарушение примарного нарциссизма и объективных отношений. К психоаналитическому близко стоит и «неофрейдистское» направление, сторонники которого выдвигают теорию множественной причинности детской шизофрении (Anthony E., 1958; Waal N., 1958; Smolen E., 1965; Wedder R., 1967; Kreak M., 1967; Mednick S., 1970). Решающее место в характеристиках шизофрении у детей в таких работах отводится «дезорганизации»

личности, проблеме «эго»-функций. Например, один из выразителей этих концепций W. Goldfarb (1961), анализируя наблюдения 26 больных с началом шизофренического процесса между 6 и 11 годами, клиническую картину у них определяет симптомами задержанного развития, инфантилизмом, бедностью абстракции, моторики, ограниченностью коммуникативной функции «речи». Все эти расстройства автор ставит в связь с нарушениями аффективных отношений между ребенком и матерью. При обсуждении болезни главное место отводится расстройствам персональных отношений, тогда как прочие психопатологические симптомы остаются в тени. Односторонность подобных позиций очевидна. Согласиться с положением о психогенном происхождении шизофрении трудно. Вместе с тем при особой тщательности исследования почти всегда можно установить ряд психогений и соматических расстройств, сопутствующих развитию шизофрении. Сходные сомато- и психогении обнаруживаются в анамнезе здоровых детей. Поэтому правильный в ряде наблюдений вывод о пусковом значении психогенных и соматогенных причин, особенно существенных для больных детей младшего возраста, не может быть сведен к универсальному заключению, что шизофрения есть реакция нарушенного — социального приспособления личности. И тем не менее надо признать, что в этих работах видна тщательность изучения внешних факторов, таких как «неполный дом», помещение в социальные учреждения, расстроены взаимоотношения в семье и т. п. А изучение семей с расстроеными отношениями между ее членами, в которых ребенок не получает поддержки и сочувствия, как и исследования и знание отягчающих социальных факторов, имеют большое значение при выработке адекватных мероприятий для адаптации больных шизофренией и детей с пограничными состояниями.

Наконец, следует остановиться на работах представителей эволюционно-биологического направления в американской детской психиатрии (Gasell A., 1945; Gasell A., Illg F., 1946; Bender L., 1958, 1968; Schirly H., 1963; Bender L., Faretra L., 1972, и др), в которых изучался онтогенез не только больного, но и здорового ребенка. Этим клиницистам удалось выявить симптомы повреждения развития ряда физиологических функций и обменных процессов у детей, страдающих шизофренией с рождения. Проведенные наблюдения дали возможность L. Bender (1968) обосновать предположение о существовании внутриутробной процессуальной шизофрении в форме энцефалопатии. Она проявляется, по мнению этого автора, в искажении пластичности эмбриона, нарушении созревания центральной нервной системы, расстройствах интеграции рефлекторной и инстинктивной деятельности. Автор предположила, что шизофрения в детстве не может быть аналогичной психозу взрослых и характеризуется симптомами поврежденного развития. Психопатологические феномены при шизофрении раннего возраста, по L. Bender, это видоизмененные нормальные формы поведения, присущие детскому возрасту.

Выявление столь рано начинающихся форм шизофрении дало возможность высказать предположение о наследственной природе шизофрении.

Отмечая положительные стороны эволюционного направления в разработке психопатологии ранней шизофрении, надо подчеркнуть, что упомянутые клиницисты не являются приверженцами только этого направления. В большинстве своем они используют и психоаналитические подходы в оценке ряда психопатологических феноменов при ранней детской шизофрении. Спорна предлагаемая ими трактовка симптоматологии шизофрении детского возраста, целиком сведенная к симптомам нарушенного развития. В наибольшем числе наблюдений рано начавшегося шизофренического процесса, как показывает опыт ряда клиницистов и наш собственный, можно найти не только симптомы нарушений формирования сна, аффективной и других сфер жизнедеятельности организма, но и так называемые продуктивные симптомы нарушения этих же сфер деятельности ребенка. Трудно согласиться и с многомерностью причинных факторов детской шизофрении. Теорию энцефалопатии как одну из трактовок генеза детской шизофрении L. Bender критикуют как некоторые американские, так и европейские авторы (Kanner L, 1958; Spiel W, 1968; Koupernik C, 1973).

На современном уровне наших знаний доказать наличие энцефалопатии шизофренического происхождения во внутриутробном периоде у младенцев, заболевших шизофренией, по-видимому, пока невозможно. Однако это предположение правомерно и ждет лишь убедительных доказательств. Следует также заметить, что работы L. Bender и ее школы явились первыми и основными, в которых изучался онтогенез у маленьких детей, страдающих шизофренией. Эти исследования остаются необходимыми для понимания психопатологии шизофрении раннего детского возраста и заслуживают высокой оценки. В целом работы эволюционно-биологического направления привели к созданию раздела в учении о шизофрении как врожденной патологии развития.

Во всех клинико-генеалогических работах американских исследователей (Kanner L., Eisenberg L., 1955; Rimland B., 1964; Lowe L, 1966; Bender L., Faretra G, 1972) приводятся данные о частоте встречаемости в семьях больных шизофренией детей родственников с патологией личности, больных психозами, шизофренией.

Завершая общий обзор по детской шизофрении, мы считаем необходимым еще раз привлечь внимание читателя к тому факту, что до сих пор в большинстве работ детских психиатров США, Англии, Франции, Японии и стран Центральной Европы детская шизофрения продолжает рассматриваться в круге симбиотических психозов, препсихотических состояний, синдрома раннего аутизма

Каннера, т. е. с позиций либо единого психоза, либо узкой синдромологии. Поэтому заслуживает особого одобрения большой удельный вес исследований советских специалистов среди исследований, посвященных вопросам симптоматологии, течения, формообразования детской шизофрении, и усилия клиницистов обосновать клиническими фактами существование детской шизофрении, доказать клинко-нозологическое единство шизофрении у лиц разных возрастных групп.

Сопоставление фактического материала по клинике шизофрении детского возраста, полученного детскими психиатрами разных стран, в которых разрабатывается эта проблема, дает основание сделать следующее заключение. Изучение шизофрении у больных самой младшей возрастной группы проводится по четырем основным разделам, которые охватывают: 1) клинику шизофрении, течение, исходы при ней; 2) онтогенез и формы его повреждения в динамике психоза; 3) пограничные» состояния (аутистическая психопатия Аспергера, синдром раннего инфантильного аутизма Каннера), причем этот раздел по существу смыкается с предшествующим; 4) клинко-генеалогические исследования семей больных детей.

До сих пор нет однозначного отношения к шизофрении у больных до 3-летнего возраста, обсуждается возможность ее выделения из общей группы психозов и препсихотических состояний. Не завершено описание симптоматологии ранней детской шизофрении, форм течения, семейной патологии, что подчеркивается многими ведущими детскими психиатрами разных стран.

II. Общая характеристика изученных больных

Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)

Башина В.М.

Работа проводилась на базе Московской городской психиатрической больницы для детей и подростков № 6 в период с 1962 по 1974 г. В основу работы положены проведенные нами клинические исследования 300 детей, больных шизофренией, а также консультативные наблюдения 176 детей, страдающих этим заболеванием. Дополнительно использован анализ 129 историй болезни больных шизофренией детей из стационарного многопрофильного отделения для детей дошкольного возраста за 1969—1971 гг. и, кроме того, проводились клинко-генеалогические исследования 252 семей пробандов.

Следует отметить, что больница № 6 является консультативным центром не только для детских и подростковых психиатрических учреждений Москвы, но и осуществляет консультативную работу для консультативного центра при Министерстве здравоохранения СССР и РСФСР. Именно принципиально новая структура практических учреждений советского здравоохранения с широкой сетью амбулаторной и стационарной помощи позволила

осуществить длительное наблюдение за столь большой группой детей, страдающих ранней детской шизофренией.

В работе использован клинико-динамический метод с изучением когорт больных, катамнестический, а также клинико-генеалогический методы исследования.

Изучение психопатологических особенностей ранней шизофрении в статике и динамике с учетом темпа прогрессивности и последовательного развития, а также смены продуктивных и дефицитарных симптомов на разных этапах развития болезни (в начальном, развернутом, конечном состояниях или ремиссии), анализ типов течения болезни, а также характера изменения развития личности в доманифестном и постприступном периодах болезни, дали возможность обосновать следующий вывод. У больных периода раннего детства и преддошкольного возраста, как и в других возрастных группах, шизофрения протекает непрерывно (злокачественно и вяло) и приступообразно (по степени прогрессивности близко к злокачественному типу, с малой степенью прогрессивности), и в небольшом числе случаев установлен непрогрессивный синдром раннего инфантильного аутизма Каннера. Свыше 70 % больных находилось под наблюдением от 2 до 8 лет и более. Распределение больных по формам течения шизофрении показано в табл. 1. Из этой таблицы видно, что больные злокачественной непрерывной и близкой к злокачественной, приступообразной шизофренией составили 1/3 (32,3 %) исследованных 300 больных детей. У всех формировался тяжелый олигофреноподобный дефект. Больные нуждались в надзоре и уходе.

Таблица 1. Распределение больных по формам течения шизофрении

Группа больных	Всего больных шизофренией	Непрерывная шизофрения		Приступообразная шизофрения			Непрогредиентный синдром Каннера
		Злокачественная	Вялая	Близкая к злокачественной	Мало прогрессирующая	Рекуррентная	
Смешанная	300	42 (14)	35 (11,7)	55 (18,3)	150 (50)	10 (3,3)	8 (2,7)
Амбулаторная	176	13 (7,3)	80 (45,5)	40 (22,8)	32 (18,2)	2 (1,1)	9 (5,1)
Стационарная	129	20 (15,5)	31 (24,3)	38 (29,3)	36 (27,8)	4 (3,1)	

Примечание. В скобках указан процент больных.

В связи с широко распространенным мнением о неблагоприятном течении шизофрении у детей полученные данные сравнивались с результатами изучения шизофрении у лиц зрелого возраста и подростков. Тяжелые формы течения шизофрении с неблагоприятным исходом среди лиц зрелого возраста в 22 % случаев обнаружены Е. Bleuler (1911), в 28 %—Н. Еу (1958), в 36,4 % — Г. В. Зеневичем (1964), у детей и подростков в 22 % — Г. Е. Сухаревой (1937), у подростков и лиц юношеского возраста 12—18 лет в 41 % —J. Masterson (1956), в 22,7 % —Р. А. Наджаровым (1965), у детей и подростков, заболевших в 10—17-летнем возрасте, в 24 % — В. М. Башиной (1963), у детей в 33 %—L. Bender и G. Faretra (1972). В группе обследованных нами больных, как уже указывалось, тяжелые формы раннего слабоумия выявлены у 32,3 %. Таким образом, наши наблюдения не дали оснований для суждения о более тяжелом течении шизофрении у лиц, заболевших в раннем возрасте, по сравнению со всей группой больных шизофренией. Наоборот, независимо от возраста, в котором началось заболевание, лишь у 1/4 - 1/3 всех обследованных шизофрения протекала неблагоприятно.

Для того чтобы выявить более точную картину распределения больных по формам течения заболевания, нами дополнительно проанализировано течение шизофрении у 176 больных шизофренией, поступавших в амбулаторное отделение для детей ясельно-дошкольного возраста, и проведен анализ историй болезни 129 больных детей шизофренией, лечившихся в стационарном дошкольном отделении Московской городской психиатрической больницы № 6 на протяжении 1969—1971 гг. Мы понимали, что и эти наблюдения недостаточны для выявления истинного соотношения форм течения шизофрении у больных шизофренией в популяции, однако надеялись, что такое сравнение поможет уточнить основные тенденции в распределении больных по формам течения заболевания на амбулаторном и стационарном материале.

Приведенные в табл. 1 данные о распространении форм течения

шизофрении среди амбулаторных и стационарных больных подтвердили наше предположение о более высоком проценте распространенности больных шизофренией с неблагоприятным течением среди стационарных контингентов (44,8 %) в сравнении с амбулаторными (30,1 %). В группе из 300 больных шизофренией детей процент распространенности больных с неблагоприятными формами (32,3 %) оказался ниже, чем в стационарной, и выше, чем в амбулаторной группе. Это объяснялось тем, что основная группа (300 детей) была смешанной: в нее вошли больные дети, наблюдавшиеся в стационаре и амбулаторно. Можно предположить, что амбулаторная группа отражала наиболее правильное» приближающееся к истинному в популяции, распределение больных детей по формам течения шизофрении. Среди амбулаторных контингентов больных шизофренией с вялым течением встречается почти в 2 раза чаще, чем среди стационарных (соответственно 45,5 % и 24,3 %). Кроме того, обнаружилось накопление в стационаре больных злокачественной непрерывной и близкой к злокачественной приступообразной шизофренией. В стационаре эти больные от общего числа больных составляли 44,8 %, а в амбулаторном отделе — 30,1 %. Установленные факты могут служить одним из доказательств правильности вывода о наличии единых закономерностей, лежащих в основе форм течения шизофрении у больных разных возрастных групп. Эти результаты исследований показали, что распределение по формам течения шизофрении невозможно поставить в связь с возрастом начала болезни.

Распределение детей, больных шизофренией, по полу во всей группе из 300 больных и в подгруппах, отражающих формы течения шизофрении, показано в табл. 2. Среди 300 больных шизофренией детей было 77 девочек. Соотношение больных по полу (девочек и мальчиков) во всей группе в целом равнялось 1:2,9, что было близко к данным других авторов: по F. Blondel (1959) 1:3; по H. Stutte (1963) 1:3,5; по L. Kanner (1968) 1:4, и указывало на преобладание мальчиков среди больных шизофренией детей раннего возраста. В подгруппах с разными формами течения шизофрении обнаружено преобладание лиц мужского пола среди больных непрерывной вялотекущей шизофренией (1:34) и с непрогредиентным синдромом аутизма Каннера (1:7); накопление лиц женского пола среди больных приступообразной шизофренией с малой степенью прогредиентности (1:2,1) и их преобладание в группе больных рекуррентной шизофренией (1,5:1). Сходные тенденции к выравниванию соотношения мальчиков и девочек в группе больных приступообразной малопрогредиентной и рекуррентной шизофренией и увеличение числа мальчиков в группе больных вялой непрерывной шизофренией наблюдались у амбулаторно и стационарно обследованных наряду с соотношением по полу 1 • 4,2 во всей амбулаторной и 1: 3 во всей стационарной группах больных. Тенденция к увеличению лиц мужского пола в группе больных вялотекущей шизофренией и лиц женского пола в группе больных рекуррентной шизофренией обнаружена рядом авторов при изучении этого заболевания у лиц зрелого возраста и подростков (Шаманина В.

М., 1968; Шендерова В. Л., 1974, и др.).

Таблица 2. Распределение больных шизофренией детей по полу в зависимости от форм течения болезни

Всего больных	Непрерывная шизофрения		Приступообразная шизофрения		Рекуррентная	Непрогредиентный синдром Каннера
	Злокачественная	Вялая	Близкая к злокачественной	Малопрогрессирующая		
77 (из них 77 девочек)	42 (из них 10 девочек)	35 (из них 1 девочка)	55 (из них 11 девочек)	150 (из них 48 девочек)	10 (из них 6 девочек)	8 (из них 1 девочка)
1:2,9	1:3,2	1:34	1:4	1:2,1	1,5:1	1:7
Амбулаторные больные						
34 (из них 34 девочки)	13 (из них 2 девочки)	80 (из них 15 девочек)	40 (из них 9 девочек)	32 (из них 6 девочек)	2 (из них 1 девочка)	9 (из них 1 девочка)
1:4,2	1:5,5	1:4,3	1:3,4	1:4,3	1:1	1:8
Стационарные больные						
32 (из них 32 девочки)	20 (из них 5 девочек)	21 (из них 4 девочки)	38 (из них 9 девочек)	36 (из них 12 девочек)	4 (из них 2 девочки)	
	1:3	1:6,8	1:3,2	1:2	1:1	

Анализ распределения больных по возрасту, на который приходится начало заболевания шизофренией, показал, что начало болезни в 69 % случаев приходилось на первые 3 года жизни ребенка, в 26 % — на 3—5 лет, в 5 % — на 5—8 лет. Данные о преимущественном начале шизофрении у детей могут быть точными только при изучении возраста начала шизофрении в определенной популяции.

Давность заболевания ко времени последнего наблюдения равнялась 2—3 годам в 13,3 %, 4—9 годам — в 64 % и свыше 10 лет — в 22,7 % случаев.

Клинико-динамическое и катамнестическое изучение больных шизофренией детей с разной давностью заболевания показало правомерность выделения непрерывной и приступообразной шизофрении с разной степенью прогредиентности процесса. К обсуждению этого вопроса мы и перейдем в следующих главах, предварив их разбором преморбидных особенностей больных и данными о состоянии у пробандов наследственного семейного фона.

III. Клинико-генетические исследования семей детей, больных шизофренией

Клинико-генетические исследования шизофрении имеют значение для определения ее генетической детерминированности. Большое место среди них занимают клинико-генетические исследования семейной патологии. В общей психиатрии изучались клиника психозов и личностных нарушений в семьях больных шизофренией,

частота встречаемости патологии в этих семьях, симптоматика сквозных симптомов в родственных парах и другие вопросы.

Многие детские психиатры при изучении шизофрении у детей, касаясь вопросов семейной патологии, также упоминают о частоте психозов и личностных аномалий у родственников в семьях детей, страдающих шизофренией (Сухарева Г. Е., 1937; Симеон Т. П., 1948; Kanner L., Eisenberg L., 1955; Meyers D., Goldfarb W 1962; Rimland B., 1964, и др.).

Специальные клинико-генетические исследования семей детей, больных шизофренией, до настоящего времени редки и проводятся в следующих направлениях. В основном в работах анализируются клинические особенности личностной патологии и психозов у родителей и сибсов пробандов. Так, M. Sakai и Y. Yamazaki (1967) отметили, что из 38 родительских пар в семьях детей, больных шизофренией, только 5 родителей приближались к нормальным личностям, как в популяции, в 22 парах у обоих родителей имелись шизоидные признаки. M. Singer и L. Wynne (1963), Y. Block (1969) установили почти в 70 % семей, где имелись больные шизофренией дети, у родителей черты замкнутости, чувствительности, ипохондрические, апатические и навязчивые состояния. На частоту психозов у матерей детей, больных шизофренией, обращала внимание А. Н. Чехова (1963). Возможность наличия «сквозных» симптомов в родственных парах (родители — дети, братья — сестры) семей детей, страдающих шизофренией, показали Л. П. Салдина (1964), M. Pollack и R. Gittelman (1964).

Не меньший интерес вызывает установление частоты личностной патологии и психозов в семьях пробандов разных возрастных групп. Так, большая распространенность больных психозами и аномальных личностей выявлена в семьях лиц, заболевших шизофренией в зрелом возрасте, в сравнении со сходной патологией в семьях пробандов, детей, больных шизофренией (Elsasser G., 1952; Mitsuda H., 1967; Sakai T., Yamazaki Y., 1967).

Одним из первых на связь злокачественности болезни и характера семейной патологии обратил внимание M. Bleuler (1930), установивший в семьях больных, заболевших в ювенильном возрасте злокачественным, дементирующим шизофреническим процессом, крайнюю редкость психозов у родственников. Этот факт дал автору повод высказать предположение о существовании «особой группы шизофрении» у лиц молодого возраста. И только исследования образования форм течения шизофрении, проведенные группой клиницистов под руководством А. В. Снежневского (1972), дали возможность расшифровать это явление. В работах И. В. Павловой-Шахматовой (1970) и других авторов была показана взаимосвязь семейной патологии с разными формами течения шизофрении у пробандов зрелого возраста и подростков, а Л. И. Головань (1970, 1971, 1973), В. М. Башиной (1970) — у пробандов, больных

шизофренией детского возраста.

Нас интересовали особенности патологической отягощенности семей больных ранней детской шизофренией, ее связь с разными формами течения шизофрении у пробандов, их диагностическое значение. Состояние родных оценивалось по критериям, разработанным клинко-генетической группой Института психиатрии АМН СССР (Шахматова-Павлова И. В., 1966, 1967, 1970; Видманова Л. И. и др.", 1966). Для сравнительных характеристик привлекались как клинические описания личностных аномалий и особенностей характера (Лазурский А. Ф., 1908; Маслов М. С., 1925; Юдин Т. И., 1926; Теплов Б. М., 1956; Kretschmer IE., 1930), так и результаты собственных наблюдений. Клинко-динамические и катамнестические исследования пробандов, больных шизофренией, давали возможность длительное время наблюдать их родственников. Это помогало выявлять с большей полнотой личностную патологию у родственников и непосредственно наблюдать у некоторых из них скрытые и явные приступы болезни.

Основное внимание уделялось анализу состояния родителей и ближайших родственников (деды, бабушки, тетки, дядя, сибсы).

Из 300 семей оказалось возможным изучить 252, в которых были собраны сведения о 2125 родственниках пробандов (табл. 3). Аномалии развития личности обнаружены у ряда родственников во всех семьях пробандов, шизофрения и другие неуточненные психозы — только в отдельных семьях.

Рассмотрим клинические особенности патологии личности и психозов у обследованных родственников пробандов, страдающих ранней детской шизофренией.

Шизотимические черты у 27 родственников (см. табл. 3).

Патологических черт в личности этих родных не отмечено; речь шла лишь об особенностях характера в виде некоторой замкнутости, сдержанности в чувствах, недостаточной общительности. В узком кругу семьи и знакомых эти лица синтонны. Им свойствен несколько сниженный эмоциональный фон: чувствительность, застенчивость, ранимость. Они трудно меняли привязанности, были однообразны в привычках, с окружающими терпимы, способны к сопереживанию. Матери, отцы, как и деды, бабушки этого личностного склада, тяжело переживали болезнь детей, полностью отдавали себе отчет в тяжести их состояния и на протяжении всех лет самоотрешенно заботились о больных детях.

Родственников с шизотимическими чертами характера мы, как и другие авторы, относили к крайним вариантам нормы, однако останавливались на них, чтобы полнее выявить родных даже с незначительными шизоидными признаками. Этот тип развития личности обнаруживался в семьях пробандов, страдающих разными

вариантами шизофрении (см. табл. 3).

Основную группу родственников составили 554 человека с шизоидными чертами характера.

К кругу гипертимных шизоидов относилось 82 человека. Родных этого личностного склада характеризовала повышенная монотонная работоспособность, у некоторых сочетавшаяся с фанатичной преданностью одному делу. У большинства обнаруживались ригидность, нетерпимость, требовательность, склонность к раздражительности. В чувствах они были негибкие, полярные, нередко формальные до безразличия как в своей семье, так и с окружающими. С детьми они эгоцентричны, нетерпеливы и недовольны ими. От окружающих скрывали их болезнь. Сведения о ребенке давали скупые, двойственные и противоречивые. О заболевании детей «догадывались», но «отгоняли это от себя» и за помощью к врачу обращались только после настоятельных просьб окружающих, родных или персонала лечебных учреждений.

У 27 родственников обнаруживались повышенный фон настроения и резкая взрывчатость; у некоторых к тому же настроение колебалось (у одного в старости развилось депрессивное состояние). У остальных 55 настроение в основном было ровное или безрадостное, несмотря на высокую активность.

Гипертимный тип характера с колебаниями настроения у родных обнаружен преимущественно в семьях детей, больных приступообразной шизофренией, и чаще всего в семьях детей, больных рекуррентной шизофренией. Гипертимные личности с монотонно-ровным настроением встречались довольно равномерно среди родственников больных всеми другими вариантами шизофрении.

Этот тип личностных расстройств наблюдался чаще у матерей (23), чем у отцов пробандов (17), и чаще у бабок, чем у дедов.

К кругу смешанных шизоидов относилось 79 родственников, у них сенситивность сочеталась с бесчувственностью, активность — с вялостью. Работоспособность у этих личностей менялась от резко сниженной к повышенной. Небрежность и несобранность в одном уживались с точностью и монотонностью в другом.

Взаимоотношения с окружающими нередко определялись сверхценными интересами, влечениями, характеризовались причудливостью и рационализмом.

Родители с этим типом личности с детьми были неровными, раздражались по пустякам, от равнодушия вдруг переходили к гиперопеке. Многие тяготились родительскими обязанностями, поэтому легко отдавали детей в дома инвалидов. Тяжелое состояние

детей такие родители осознавали недостаточно. Личности этого типа были в основном обнаружены среди родственников пробандов, страдающих приступообразной и непрерывной злокачественной шизофренией, непрогредиентным синдромом Каннера.

К кругу сенситивных шизоидов можно было отнести 92 родственников. Этот тип развития личности встречался у родственников пробанда со всеми формами течения шизофрении, причем заметно преобладали матери (33); отцов с такими чертами характера было только 12. Замкнутость, плохая приспособляемость к жизни, чувствительность, повышенная истощаемость нередко с пассивностью, характеризовали этих лиц. В работе они были не очень продуктивными. Многие жаловались на постоянное утомление, трудность сосредоточения, «вхождения в работу». Так, одни затрачивали часы, чтобы заставить себя сесть за работу, которую могли потом довольно быстро выполнить. У других возникали страх перед новым делом, сомнения в своих способностях, опасения, что они не справятся с порученными обязанностями. Этим лицам свойственна чрезмерная обязательность. Им легче давался однообразный, не сменяющийся трудовой режим. Эмоционально монотонные, обедненные, вместе с тем они были ранимыми и чувствительными. У многих из женщин отмечалось «менструальное напряжение». У всех легко возникали субдепрессии адинамического типа с вялостью. Неудачи нередко вызывали у них неадекватное чувство тревоги, беспокойства. Вялость, сниженная активность у них были выраженнее, чем чувствительность.

Матери и отцы с этим складом личности к детям относились «одержимо», хотя в уходе за ними были беспомощными, зависели от прихотей больного ребенка. Болезнь ребенка матерью и другими родственниками этого типа не вполне осознавалась, во всем случившемся с ребенком они винили себя. В лечении детей не доверяли медицинскому персоналу.

У 12 родных была обнаружена особенно выраженная пассивность, вялость, большая обедненность эмоциональной сферы. Некоторые из них были настолько вялыми, что не выполняли обязанностей матери и жены, не могли справиться с работой, как правило, работали не по специальности. В уходе за детьми они нуждались в помощи родных, браки легко распадались. Эти личности обнаружены в семьях с малопрогредиентной приступообразной шизофренией. Черты психического инфантилизма, равнодушие, вялость в структуре их личности давали основание предполагать у них приступ или сдвиг характера в прошлом.

К кругу глубоких шизоидов можно было отнести 289 человек. Даже в своей сфере они считались «странными», «чужаками». Эмоционально опустошенные, с чертами психэстетической пропорции в чувствах, они реагировали — лишь на события,

имевшие к ним прямое отношение и затрагивавшие их интересы. Общась с окружающими, эти личности оставались формальными, некоторые — чересчур рационалистичными. Активность у них была неравномерная: от монотонной, «роботообразной», невысокой до средней и очень высокой. В отношениях с людьми они очень требовательны, нетерпимы, неуживчивы. Некоторые от всего отстранялись и вели себя как посторонние, считаясь только со своими интересами, проявляя то индифферентность, то неприязнь к родным.

У 16 отцов сохранялась симбиотическая связь с матерью при полной зависимости от нее, у нескольких — с инфантильной привязанностью. В таких случаях интересы «маменьки» эти отцы ставили превыше всего. Женились по воле матери и выражали недовольство, когда у них появлялись дети. Ревниво следили за женой, как она делит заботы между ребенком и мужем. Требовали к себе большего внимания, отказывались ухаживать за ребенком.

У 20 таких родственников (куда вошли в основном деды и бабки) в позднем возрасте обнаруживались черты недоверчивости к окружающим, недоброжелательность, идеи отношения. У 11 появились ипохондрические высказывания, страх за собственное здоровье, фанатичная забота о нем с соблюдением особых режимов.

Третью группу родственников составляли лица, перенесшие явные шизофренические приступы, психозы неясного генеза, стертые амбулаторные приступы болезни, сдвиги личности.

У 61 родственника диагностированы врачами диспансера по месту жительства шизофренические психозы и у 44 родственников — неуточненные психозы. В 184 случаях выявлены состояния, которые из-за глубины нарушения трудно было определять как аномалии личности конституционального типа, хотя явных личностных сдвигов и психозов у них также установлено не было. Все же с большой долей вероятности их состояние можно было квалифицировать как постпроцессуальные псевдопсихопатии, предположительно возникшие вследствие пропущенных амбулаторных сдвигов или стертых приступов болезни.

Переходим к общей характеристике семейной патологии у родственников в группах пробандов, страдающих разными формами течения шизофренического процесса.

В 38 семьях детей, больных непрерывной злокачественной шизофренией, из 388 родственников у 119 была патология. У родственников 3 больных была шизофрения, определяемая в больницах как неблагоприятная, с кататоническими и галлюцинаторными расстройствами, формированием конечных состояний. Больные на протяжении многих лет находились под наблюдением в больницах для лиц с хроническими заболеваниями

центральной нервной системы.

У родственников 13 пациентов наблюдались падение активности, навязчивости, ипохондрические опасения, по миновании которых углублялась «отрешенность», чуждаковатость, до некоторой степени свойственная этим лицам и раньше. Все они отличались замкнутостью, были эгоцентриками, эмоционально холодными. Среди незнакомых, в новой среде, эти лица чувствовали себя скованно. Некоторые предпочитали общаться только со стариками или женщинами, другие поддерживали отношения только с «деловыми» людьми, третьи, кроме близких, ни с кем не общались, «были гостями в житейских делах». Они ни с кем не были близки и откровенны, а вместе с тем, находясь в обществе посторонних людей, вдруг говорили обнаженно о своих интимных делах. Беседуя, они не слушали вопросов, высказывались часто не на тему, не обращая внимания на реакцию собеседника. Их было трудно переубедить, они упорно отстаивали свои «особые» мнения. Большинство из них все же с 15—18 лет начинали серьезно учиться, а затем и работать. Все получили образование, многие— даже высшее, трое имели степени кандидатов технических наук, один был полиглотом-переводчиком.

По внешнему облику эта группа родственников отличалась от здоровых людей их возраста: у двоих обнаружены черты евнухоидизма, остальные были хрупкими, с чертами инфантилизма и астенической конституции. Выражение лиц у всех было амимичным, однообразным, лишь иногда оживлялось гримасами. Многие не переносили чужого взгляда, в беседе отступали от того, с кем говорили, стояли боком или отвернувшись, не поднимая головы. Тембр и сила голоса у них изменчивые, то маломодулированные, монотонные, неприятные, «деревянные», тихие, то чрезмерно громкие. Некоторые из них, по словам родных, не умели смеяться. Изменения личности у родственников этой группы были настолько отчетливыми, что напоминали постпроцессуальные изменения после приступов в раннем детстве.

Для других родных, преимущественно матерей, были характерны монотонно-нерадостное настроение, душевная невозмутимость. Они не раздражались, не становились злобными или жалостливыми. Их ничто не трогало и не огорчало. К делу они относились спокойно, равнодушно, работой не интересовались, нередко вели себя неадекватно. В семье не справлялись со своими обязанностями, были безынициативными. Дома забрасывали все дела. Особенности своего ребенка не замечали, к врачу обращались только по требованию детского учреждения, где их ребенок находился. Давая сведения о ребенке, обычно не переживали, не плакали, не тревожились, оставаясь спокойными, с улыбкой рассказывая о тяжелой патологии. Эти матери не помнили основных дат жизни своих детей. Их ответы обычно таковы: «не заметила», «забыла»,

«не обратила внимания».

Состояние, обнаруженное у этой группы родственников, стационарное. При нем страдало дифференцированное восприятие жизни, во всем — в подходе к окружающему, во взаимоотношениях с родными, в отношении к труду, — проглядывали формальность, эмоциональная атактичность. Эти черты их характера и служили основанием предполагать, у них постпроцессуальный характер личностных расстройств. У родственников 4 больных имелись психозы неуточненного генеза.

Десять родных (4 отца, 3 деда, 3 дядей) страдали алкоголизмом, в виде запоев. У всех этих родных также отмечались личностные изменения шизоидного круга. Они были безразлично, а нередко враждебно и агрессивно настроены к семье и детям.

Многие из них утратили квалификацию, были понижены в должности. Сведений о психотических состояниях у них не было.

У остальных 89 родственников установлена личностная патология шизоидного круга. В семьях этих пробандов у 18 дальних родственников были выявлены психозы.

В 22 родительских парах личностная патология имела у обоих родителей, в 15 парах — у одного. В 4 семьях были лица с умственной отсталостью. В 2 случаях задержка развития обнаружена у матерей пробандов в раннем детстве. С возрастом задержка нивелировалась: одна смогла кончить музыкальное училище, другая — технический вуз.

Итак, изучение семейной патологии у детей, больных непрерывной злокачественной шизофренией, показало отягощенность семей этих пробандов в 30,7 % случаев патологическими личностями шизоидного круга, страдающими шизофренией, психозами неясного генеза.

В 28 семьях детей, больных вялотекущей шизофренией, из 232 родственников патология имела у 86; из них у 16 родственников была шизофрения, верифицированная в больнице; у 9 — грубые изменения личности, нехарактерные для состояний конституционального генеза, предположительно отнесенные к кругу амбулаторной шизофрении; у 7 — алкоголизм, у 42 — установлены изменения личности шизоидного круга - у 12 — неуточненные психозы.

Во всех случаях шизофрении обращала на себя внимание малая прогрессивность процесса, вялое или приступообразное течение его, аффективные и невротизированные психопатические расстройства в картине болезни. Они выражались в форме навязчивых опасений, ипохондрических высказываний,

дисморфофобий, односторонних интересов, влечений, стертых расстройств настроения, нарушения поведения.

Из 28 родительских пар в 19 изменения психики были у обоих родителей, в 5 — только у матерей, в 4 — у отцов. В этой группе больных и родственников при сопоставлении родительских пар и пробандов сходство в клинической картине выступило в наличии шизоидных черт в структуре личности, в малой прогрессивности шизофренического процесса. Патологическая отягощенность семей детей больных вялотекущей шизофренией была установлена в 37,9 %.

В 46 семьях детей, больных приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией из 405 родственников, психическая патология была у 163. Из них у 12 родственников шизофрения была верифицирована в больнице, у 9 — установлены психозы неясного генеза, у 39 — стертые личностные сдвиги с формированием психопатических черт шизоидного круга и невыраженные приступы болезни, выявленные нами амбулаторно, у 6 — алкоголизм, у 97 — личностная патология шизоидного круга.

Шизофрения у родственников протекала вяло и приступообразно. В клинической картине болезни у большинства из них были неврозоподобные, ипохондрические, психопатоподобные расстройства, у меньшинства — состояния страха, тревоги, паранойяльные симптомы. Вне приступов в структуре личностей родителей обнаруживались аутистические явления, черствость, холодность, бесчувственность. У некоторых родителей сохранялась инфантильная привязанность к матери с зависимостью от нее и подчиняемостью. Интересно, что эта привязанность по существу была единственной. Сходных по силе чувств эти лица в дальнейшем уже ни к кому не испытывали. В собственной семье они были эгоцентричными, холодными, не сопереживали ни радость, ни несчастья с женой, не интересовались детьми. Несмотря на выраженность личностной патологии, у большинства из них сохранялась достаточная работоспособность.

Из 46 родительских пар в 23 была значительно изменена личность родителей. Из них в 7 парах оба родителя могли быть отнесены к кругу сенситивных шизоидов; в 12 парах изменения личности были только у матери, а в 4 парах — у отцов. Глубина изменений шизоидного типа была выражена в разной степени.

Сходство между родителями и больными детьми в основном обнаруживалось в изменениях личности, сводившихся к расстройствам шизоидного круга. У родителей в отличие от пробандов не было состояний с тяжелым падением активности и конечных состояний с тяжелым олигофреноподобным дефектом, как у их детей.

Патологическая отягощенность семей детей, больных приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией была равна 40,2 %.

В 122 семьях пробандов с приступообразной малопрогрессирующей шизофренией из 940 родственников патология была у 479. У 23 обследуемых была диагностирована шизофрения в больницах, у 116 наблюдались выраженные психопатоподобные изменения личности, по нашему мнению, постпроцессуального генеза, у 18 были неуточненные психозы, у 16 — алкоголизм и у 306 — личностная патология шизоидного круга. У родственников больных этой группы были транзиторные и развернутые приступы болезни с галлюцинаторными, параноидными, аффективными расстройствами в клинической картине. У 41 родственника в период приступов наблюдались невротоподобные, ипохондрические, дисморфобические и гебоидные расстройства, в постприступном периоде — выраженное психопатоподобное поведение с расторможением влечений. У 47 родных были приступы с психопатоподобными состояниями, увлечениями, невыраженными аффективными расстройствами, у 27 — приступы депрессии с опасениями, ипохондрическими высказываниями или состояния адинамии с вялостью, у некоторых — с алгическими симптомами, бездеятельностью. У 24 родственников во время приступов были выражены тревога, страх, отрывочные идеи отношения, эпизодические галлюцинации, идеи ревности, преследования. У 2 родных наблюдались состояния тревоги с агрессией в отношении родных. В I случае в период депрессии была совершена суицидальная попытка. У 2 обследуемых приступы болезни возникали в дошкольном возрасте и сопровождались падением активности, временной задержкой в развитии с последующей ее частичной компенсацией. У 13 — имели место тяжелые состояния с галлюцинациями, бредом, кататоническими симптомами.

Приступы с этими расстройствами были затяжными, в постприступном периоде оставались резидуальные расстройства, наблюдались глубокие изменения личности, эмоциональное отупение.

Из 122 родительских пар в 94 обнаружены нарушения у обоих родителей, в 15 парах — только у матерей, в 4 — у отцов, в 9 парах патологии у родителей не обнаружено.

Патологическая отягощенность семей детей, больных приступообразной с малой степенью прогрессирующей шизофренией, отмечалась у 50,8 % обследованных.

В 10 семьях пробандов больных рекуррентной шизофренией из 88 родственников с психической патологией было 32 человека. У 1 родственника шизофрения установлена в психиатрической больнице, у 5 родных можно было предположить наличие

амбулаторных случаев шизофрении, у 1 был психоз неуточненного генеза, у 1 — алкоголизм, у 24 — личностная патология шизоидного круга. У всех родственников в клинической картине психотических состояний были отмечены аффективные расстройства, которые сочетались с навязчивостями, сенестопатиями, ипохондрическими высказываниями, бредом депрессивного содержания, нарушением влечений.

Из 10 родительских пар в 7 патология обнаружена у обоих родителей, в 2 — изменения личности были у матери, в 1 — у отца.

Патологическая отягощенность семей детей, больных рекуррентной шизофренией, установлена в 36,4 % случаев.

В 8 семьях пробандов с непрогредиентным синдромом Каннера из 72 родственников патология психики была у 31. У 2 обнаружена шизофрения, верифицированная врачами в больнице, у 6 родственников выявлены характерологические сдвиги и затяжные аффективные приступы. Алкоголизма и неуточненных психозов у родственников в этих семьях не установлено (нами учитывались только тяжелые формы алкоголизма с наличием запоев и выраженными изменениями личности). У остальных 23 родственников личностная патология сводилась к расстройствам шизоидного круга.

Из 8 родительских пар в 5 обнаружены патологические сдвиги в характере у обоих родителей, в 2 парах — у матерей, в 1 паре — у отца. Патологическая отягощенность семей детей с непрогредиентным синдромом Каннера установлена в 43,1 %.

Клинико-генеалогическое исследование проведено в 252 семьях детей, больных ранней детской шизофренией, и собраны сведения о 2125 родственниках. Во всех семьях пробандов у родственников обнаружена личностная патология, в ряде семей — шизофрения, психозы неуточненного генеза, алкоголизм.

Установлена определенная взаимосвязь между клинической типологией психозов у родственников и формами течения шизофрении у пробандов. 1. В семьях больных непрерывной злокачественной шизофренией обнаружено наличие родственников с глубоким падением психической активности в определенные периоды детства, приравниваемой к умственной отсталости; редкая встречаемость психозов у близких родственников; тяжелые формы шизофрении с быстрым распадом и формированием конечных состояний у дальних родственников по боковым линиям. 2. У родственников пробандов с вялопротекающей шизофренией основное место занимали вялотекущие психозы с неврозоподобными, психопатоподобными расстройствами, психозы амбулаторного уровня, стертые личностные сдвиги. 3. У родственников пробандов с приступообразной, близкой к

злокачественной, шизофренией обнаружены приступы аффективно-полиморфной структуры, как и случаи неблагоприятной шизофрении, а также приступы, в клинике которых имелись падение энергетического потенциала, аутистические явления. 4. У родственников пробандов больных приступообразной шизофренией с малой степенью прогрессивности процесса отмечены полиморфизм приступов и обязательное наличие в их структуре аффективных расстройств. В группе семей пробандов с рекуррентной и малопродвинутой приступообразной шизофренией наибольшая встречаемость родственников с личностной патологией из круга гипертимных шизоидов. 5. У родственников пробандов с синдромом аутизма Каннера — редкая встречаемость психозов — наибольшая встречаемость аномалий характера из круга глубоких шизоидов.

Обнаружена отчетливая зависимость между частотой встречаемости психозов, личностной патологии у родственников и формами течения шизофрении у пробандов. Так, процент верифицированной шизофрении колебался от 0,8 у родственников в семьях пробандов больных непрерывной злокачественной шизофренией до 2,5 у родственников в семьях пробандов с приступообразной малопродвинутой шизофренией. При учете психотических эпизодов, транзиторных приступов, тяжелых личностных сдвигов, протекающих на амбулаторном уровне, процент предполагаемых случаев шизофрении возрастает от 4,1 в семьях пробандов, больных непрерывной злокачественной шизофренией, до 14,8 в семьях пробандов, больных приступообразной малопродвинутой шизофренией. Эти цифры увеличатся от 5,7 до 20 %, если учитывать у родственников психозы «неуточненного генеза. Сходная тенденция обнаруживается и в распределении личностной патологии у родственников пробандов. Отягощение патологическими личностями в семьях пробандов, больных непрерывной злокачественной шизофренией, было равно 19,7 %, т. е. наименьшее, пробандов с приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией — 23 %, пробандов с рекуррентной шизофренией — 24,9 %, пробандов с синдромом аутизма Каннера — 27,8 %, пробандов с приступообразной малопродвинутой шизофренией — 31,9 %, т. е. наибольшее. Эта же зависимость установлена еще более отчетливо для всей группы родственников с признаками патологии личности. Наименьшее отягощение патологическими личностями, шизофренией, другими психозами было в семьях пробандов больных непрерывной злокачественной шизофренией (30,7 %) и наибольшее — в семьях пробандов, больных малопродвинутой приступообразной шизофренией (50,5 %). При этом во всех семьях лица с патологическими чертами характера занимают основное место в сравнении с относительно невысоким процентом встречаемости верифицированной шизофрении.

Оказалось, что в семьях детей, рано заболевших шизофренией, родственники с личностной патологией так называемого

шизоидного круга и психозами встречаются реже, чем в семьях лиц, заболевших в подростковом возрасте. Результаты наших исследований сопоставлялись с данными Ю. И. Полищука и В. Л. Шендеровой (1969). Таким образом, возможность признать одной из причин раннего развития шизофрении значительное накопление в семьях рано заболевших личностей с патологией шизоидного круга и психозами, как прошлыми, так и настоящими исследованиями не подтверждается.

Особенности семейной патологии у пробандов, рано заболевших шизофренией, имеют в основном сходные тенденции (выявленной патологии) в семейном фоне у лиц зрелого возраста, страдающих шизофренией, что предположительно может явиться подтверждением их генетического единства.

Сходство определенных тенденций в характере семейной патологии у лиц детского и зрелого возраста, страдающих шизофренией, обнаруживаемое исследователями разных стран, может служить до некоторой степени подспорьем при доказательстве достоверности полученных фактов.

IV. Преморбидные особенности. Детей, больных шизофренией

Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)
Башина В.М.

Изучение психозов и личности больного практически всегда осуществлялось одновременно. Накопление знаний в этой области идет медленно. И по настоящее время изучение личности, темпераментов, характеров в норме и патологии — труднейшая задача. Подходы к ее решению продолжают искать в психологии, психиатрии и других науках.

В психиатрии XIX столетия первое значительное исследование личностных аномалий принадлежит В. Morel (1860). Он ставит вопрос об особой форме помешательства, в основном определявшейся «дегенеративными» признаками. У больных этой группы с рождения обнаруживаются Дисплазии в физическом статусе, отклонения в умственном развитии и поведении. На том этапе эти состояния этиологически не разграничивались. На особенности физического и психического развития родственников, больных помешательством, обратил внимание и Р. Moreau de Tours (1860). По его предположению, помешательство — лишь крайняя степень развития врожденных недостатков. Нравственному отклонению может предшествовать душевное расстройство, — это впервые отметил А. Prichard (1835). Н. Maudsley (1871) пишет, что в семьях с наследственными «расположениями» у самих больных и у ряда родственников обнаруживается еще малоизвестная недостаточность нервной системы. Нездоровый темперамент у таких лиц характеризуется наличием раздражительности, непонятностью в чувствах, особенностях в походке, речи. Если бы удалось представить течение болезни в пределах целых поколений,

а не только у отдельных лиц, можно было бы тогда понять отношение этих лиц (состояний) друг к другу, предположил этот автор. Продолжая учение В. Morel о дегенеративных состояниях, V. Magnan, M. Legrain (1903) и др. попытались выделить текущие процессы и врожденные, непрогредиентные конституциональные состояния. По их мнению, вырождение — конституциональное состояние, не тождественное регрессивному. Для дегенеративных состояний наряду с физическими атрофиями обязательны психические явления в форме «неуравновешенности», под которой указанные исследователи понимали неравномерность интеллектуального развития — от нерезко выраженного до значительной степени. По мнению этих ученых, подобные состояния оставались неизменными до пубертатного периода. Потом могли появиться еще более значительные отклонения, такие, как необычное воображение, утрата власти над инстинктами, причудливая филантропия, феноменальный эгоизм. У этих лиц эпизодически возникали навязчивости, импульсивные действия и могло развиваться помешательство. «Вырождающиеся» — это существа с хрупкой нервной системой, нестойким душевным равновесием от рождения и до смерти.

Концепция о двух основных психозах в работах Е. Краепелин (1913, 1920) и Е. Bleuler (1920) — шизофрении и МДП — маниакально-депрессивном психозе — послужили теоретической основой дальнейшего развития учения о типах личности, их взаимосвязи с нозологически очерченными клиническими единицами. Обратив внимание на определенный тип в развитии ребенка, предрасположенного к раннему слабоумию, Е. Краепелин предположил, что это могло быть и само заболевание, проявлявшееся только симптомами нарушенного развития из-за детской незрелости.

Одним из первых ученых, в работах которых рассматривался преморбид детей, страдающих шизофренией, был W. Strohmayer (1913). Как и многие современники, он считал, что в этиологии большинства детских психозов важную роль играет «дегенеративная наследственность», и почти всегда речь шла об индивидуумах с «тяжелой патологической конституцией». У одних детей наблюдались усиленная реакция на незначительные раздражители, аффект злобы, немотивированные изменения настроения, эгоцентризм, односторонность интересов («ходячие календари», «гении счета» и т. п.), неумение справляться с трудностями, склонность к болезненному фантазированию вплоть до создания «своих царств», наконец бесчувственность в сочетании с садизмом, у других — безупречное поведение и отличная успеваемость в школе. Однако в конце периода полового созревания у многих детей развивалась гебефрения, наступали остановка в психическом развитии и распад личности. Таким образом, W. Strohmayer (1913, 1923) удалось охарактеризовать типы гиперсоциальных личностей с повышенной ранимостью,

чувствительностью и асоциальными с чертами бесчувствия, проявлениями эмоциональной тупости. Эти расстройства в дальнейшем стали относить к кругу шизоидных.

Следующий важный этап в изучении личностной патологии и психозов ознаменовался работами Е. Kretschmer (1921), который разработал учение о типах личности и попытался установить взаимосвязи между ними и нозологически очерченными группами психозов — шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Структуру психического развития Е. Kretschmer определял, исходя из выделенных им типов соматического развития. Однако использование психопатологических критериев при определении нормальных темпераментов и характеров привели автора к вычленению всего нескольких типов человеческих темпераментов, в основном родственных шизофрении, маниакально-депрессивному психозу и эпилепсии. Представление о нормальном развитии было сведено к смягченным формам психопатологических состояний или аномалий развития. Фактически Кречмеру не удалось выработать физиологические критерии нормальных темпераментов. Оценивая его работу по прошествии длительного времени, необходимо подчеркнуть, что вряд ли можно от психопатолога ждать решения подобных вопросов. Вместе с тем блестящие клинические разработки Е. Kretschmer послужили основой для выделения ряда аномальных и приближающихся к норме типов развития личности (шизоиды, циклоиды, шизотимы, циклотимы и промежуточные состояния).

Для нас представляет интерес описание Е. Kretschmer патологических признаков в период раннего детства у аномальных шизоидных личностей. С детства они были упрямы, недружелюбны, необходимы, словно проделали шизофренический психоз до рождения. В соматическом статусе у некоторых из них отмечались евнухоидизм, феминизм, инфантилизм и другие стигмы дисгенитализма и дисплазий. К тому же им были свойственны инфантильная привязанность к матери, реже к отцу, избирательная к родителям «мечтательная нежность» в период, когда должен начаться переход к другим идеалам. Автор допускал, что эти личности в пубертатном кризе могли переживать «надлом без психоза». «Пропорция настроения» у них перемещалась в течение всей жизни, у многих толчкообразно, никогда больше не возвращаясь к исходному состоянию.

После выхода в свет работ Е. Kretschmer исследования преморбидных особенностей у больных шизофренией, личностной патологии у родственников в семьях пробандов, страдающих психозами, проводились в основном в направлении уточнения выделенных им шизоидных и циклоидных структур. Наименее известным при этом оставался период раннего детства у аномальных личностей; в особенности у рано заболевших,

шизофренией.

М. О. Гуревич (1922), Г. Е. Сухарева (1926, 1927, 1930) дали характеристику шизоидам типа «Verschroben» в понимании Е. Краепелин и нормальному варианту развития интровертированного типа в понимании К. Г. Jung. Они отметили у этих детей (11 —14 лет) неловкость движений, вялую осанку, наклонность к абстрактному мышлению, резонерству, аутистические установки, уплощенность эмоций. «Моторная дебильность», по Dyrge, и «двигательный инфантилизм», по А. Homburger, обнаружены М. О. Гуревичем и Н. И. Озерецким (1930) у таких шизоидных личностей в детстве.

Впервые в отечественной и зарубежной литературе на основании нескольких собственных, а не анамнестических наблюдений Т. П. Симеон (1929) проследила становление шизоидной психопатии у детей 3—5 лет. Основными расстройствами у них были малая привязанность к объектам реального мира, сдвиг пропорций чувствований, аутизм, негативизм, недостаточное пользование речью, эхоталии, раздражительность. Личностные особенности таких — детей автор отнесла к кругу шизоидных у аутистических психопатов. Отсутствие «ориентировки на людей», негативизм наряду со стационарностью состояния у этих больных детей, по мнению Т. П. Симеон, использовались в качестве признаков шизоидной психопатии, как и у взрослых. Шизоидные черты личности в период преморбиды у подростков, больных вялотекущей шизофренией, установила К. А. Новлянская (1935). Отгороженность, слабость социальных контактов, необычный характер мышления, покорность, кротость, чувствительность отметили у психически больных детей в препсихотическом состоянии L. Bellak (1948), M. Pollak и соавт. (1966). Все перечисленные работы отражали дальнейший процесс формирования представлений о типах развития детей и подростков в нозологическом периоде психиатрии. В отличие от работ предшествующего этапа эти исследователи изучали типологию доманифестных состояний уже отдельных, нозологически очерченных единиц.

Особому направлению в исследованиях детской шизофрении и шизоидных психопатий у детей положила начало работа L. Kanner «Об аутистических нарушениях аффективного контакта» (1943). Вначале автор обобщил материал 11 случаев. Состояние детей дошкольного возраста определяли аутизм, крайняя самоизоляция, неспособность к установлению взаимоотношений с людьми, однообразие в поведении с чертами одержимости и другие расстройства. Следует обратить внимание на большое сходство клиники у больных, описанных L. Kanner (1943) и значительно ранее — Т. П. Симеон (1929). Оба эти автора обнаруживали у них «безличностное отношение к родителям», однообразный характер игр «с подпрыгиваниями и верчениями руками», отказ от личных

местоимений в речи. Комплекс этих расстройств L. Kanner назвал ранним детским аутизмом, а его причину предположил во врожденном нарушении аффективного контакта. Сам же синдром автор отнес не к шизоидной психопатии и не к шизофрении, а к особым состояниям из широкого круга расстройств шизофренического спектра.

За работой L. Kanner последовало сообщение H. Asperger (1944) о детях с нарушенным контактом. У них также обнаруживались плохая адаптация, задержка становления навыков, повышенная чувствительность, запоздалое овладение личными формами местоимений, неологизмы. В отличие от лиц с синдромом Каннера у некоторых сохранялась способность к логическому мышлению с фиксацией интересов на отвлеченных занятиях: в основном математике и философии. Наиболее типичной чертой этих пациентов была, по H. Asperger, «дисгармоничность во всех сферах». Напомним, что еще в прошлом веке V. Magnan и M. Legrain называли «неуравновешенностью» похожие качества в структуре личностного развития дегенератов. H. Asperger поднял вопрос о том, что рассматриваемые им расстройства, с одной стороны, близки «шизоидным», с другой — напоминают состояния раннего детского аутизма Каннера. Для их обозначения автор, как и ранее Т. П. Сим-сон, воспользовался определением E. Bleuler, назвав их «аутистическими формами контактов». Позднее эти расстройства стали называть аутистическими психопатиями типа Аспергера. Почти 10 последующих лет эти работы не привлекали к себе внимания детских психиатров. Но в 1953 г. во Франции было опубликовано исследование, проведенное E. Stern и M. Schachter, в котором вновь рассматривалась клиника состояний, близких к раннему детскому аутизму Каннера и аутистической психопатии Аспергера. С этого времени интерес к синдрому Каннера и сходным состояниям все возрастает. Вышло в свет множество работ, посвященных вопросам клиники и патогенеза раннего детского аутизма. Важность проблемы кормления, плача или вялости с первых дней жизни у детей с синдромом Каннера подчеркивал B. Rimland (1964). Отсутствие адаптации к положению, протест против перемещения, нежелание идти на руки, а с 4—18 мес периодические вращения головой вокруг оси, удары головой, позднее интерес к определенным мелким игрушкам и стремление к «одиночеству» выявили у этих детей многие исследователи (Bender L. et al., 1952; Schopler E., 1965; Maeculoch M., Williams C., 1971). Состояния, похожие на слепоту и глухоту у этих детей, наблюдали Arn Krevelen (1952), E. Anthony (1958) и др. Клиника отдаленных этапов у больных с синдромом раннего детского аутизма Каннера уточнялась посредством катамнестических исследований (Eisenberg K., Kanner L., 1956; Kanner L. et al., 1972).

Еще Т. П. Симеон (1929) привела катамнез 2 детей, прослеженных до 5-летнего возраста, у которых в начале развития были

аутистические явления, а в первом кризовом периоде наблюдался психотический сдвиг. Похожие наблюдения опубликовала К. А. Новлянская (1939), но у подростков значительно позднее, в 10—14-летнем возрасте. М. Mahler (1965) обнаружила при форсированном становлении социальных контактов у детей-аутистов молниеносно наступающее психотическое состояние. По наблюдениям М. Mahler (1952) и других авторов (Wenar Ch. et al., 1967; Geiger-Marty O., 1968), теплая эмоциональная среда, с минимальным количеством раздражений идеальна для таких больных. Катамнестические наблюдения 63 детей-аутистов (Eisenberg L., 1956; Eisenberg L., Kanner L., 1956) показали, что 16 из них социально хорошо адаптировались, 34 находились в госпиталях в состоянии, близком к психозу, остальные 12 были инвалидами, но оставались в домашних условиях.

На протяжении многих лет клиницисты продолжают обсуждать этиологическую сущность синдрома раннего детского аутизма Каннера. Так, Н. Asperger (1944, 1968) то допускал, что каннеровский аутизм близок к психозу, то оценивал его в круге врожденной психопатии, зависящей от герeditарности, преимущественно с отцовской стороны. К особым состояниям, «*sui generis*», также герeditарной природы относили синдром Каннера такие клиницисты, как Е. Stern и М. Schachter (1953), В. Rimland (1964). Разные точки зрения на его природу высказывал Am. van Krevelen (1960, 1962, 1973, 1974), то определяя его как «аффективную олигофрению», то сомневаясь в существовании его как отдельной клинической единицы, то признавая полиэтиологичность синдрома. J. Lutz (1968) считал, что подобные нарушения могли проистекать из органических и реактивных причин. Некоторые авторы предполагали, что только отдельные аутистические явления, а не весь синдром в целом можно обнаружить при органических поражениях головного мозга, врожденных задержках развития, конгенитальной сенсорной афазии (Sehein R., Jannet H., 1960; Spiel W., 1968). По мнению Е. Anthony (1958), аутизм герeditарен как биологический процесс, но углубляется органическими причинами. G. Bosch (1962), М. Rutter (1966), Н. Asperger (1969) признавали возможность фенокопирования симптомов аутизма при органическом поражении тех же мозговых структур, что и при генетически обусловленном раннем детском аутизме.

Сторонники психоаналитического направления (Mahler M., 1952; Ruttenberg B., 1970, и др.) детский аутизм Каннера причисляли к аутистическим психозам вследствие нарушения симбиотических взаимоотношений; а сторонники психогенетического — к «состояниям вследствие психических травм, а не только в результате бедности родительского контакта. Поведение ребенка первые объясняли как возмездие родителям J. Weiland (1964), М. Dundas (1968).

Некоторые детские психиатры относили детский аутизм к наиболее ранним формам детской шизофрении. Так, L. Bender (1962) и G. Faretra (1972) рассматривали его в рамках псевдо дефектной шизофрении, О. П. Юрьева — в круге вялотекущей шизофрении у детей (1971). G. Faretra (1972) считает, что при шизофрении до 3-летнего возраста синдром раннего инфантильного аутизма служит наиболее возможным психопатологическим проявлением. Сходных позиций придерживаются ряд клиницистов Франции, Аргентины, Японии и других стран (Lebovici L., 1973; Makita K., 1974; Knobel M., 1974). Следует заметить, что эти авторы расширительно трактуют синдром аутизма и отходят от позиций L. Kanner, тогда как он (1943, 1968) специально обращал внимание на редкость, специфичность детского аутизма и хотя относил его к «широкому кругу шизофренических расстройств», но подчеркивал, что между ними есть различие во времени начала, клиническом содержании и течении. Поэтому два указанных состояния автор и считал необходимым дифференцировать.

В отечественной литературе вопрос о месте аутистического круга расстройств у детей ставился не только Т. П. Симеон (1929) и Г. Е. Сухаревой (1926). В группе своеобразной разновидности психического недоразвития, органического поражения центральной нервной системы рассматривают синдром аутизма у детей С. С. Мнухин, А. Е. Зеленецкая, Д. Н. Исаев (1967). Аффективные и волевые нарушения, шизоформный характер поведения, по их мнению, — следствие недоразвития активирующих систем мозга.

Как мы видим, клиницистами разных стран изучаются особенности становления шизоидной психопатии, раннего инфантильного аутизма и других нарушений развития в доманифестном состоянии шизофрении. Раннее формирование синдрома Каннера, необычность его психопатологии привели к тому, что этот синдром стал рассматриваться в отрыве от предшествующих работ по аномалиям развития шизоидного круга конституционального и постпроцессуального генеза. Обсуждение этой проблемы в свете становления личностных особенностей шизоидного круга, синдромологии детской шизофрении, а также генетического родства шизофрении и шизоидной психопатии продолжается. Вопросы о развитии (онтогенезе) детей, больных шизофренией, остаются актуальными и их решение ждет дальнейших исследований.

Переходим к изложению собственных наблюдений. Нами изучались показатели развития у всех больных шизофренией детей, сопоставлявшиеся затем с показателями развития здоровых детей, взятыми из литературы (Трошин Г. Я., 1915; Маслов М. С., 1925; Кислюк Г. А., 1956; Кистяковская М. Ю., 1970; Пиаже Ж., 1932, 1969; Вахрамеева И. А., 1961; Фанкони Т., Валлон А., 1967; Вальгрэн А., 1970; Ушаков Г. К., 1974). У больных детей

рассматривались основные параметры развития инстинктивной, эмоциональной сферы, статических функций, речи, игровой деятельности, становление навыков поведения, взаимоотношений с родными, сверстниками. Особенности раннего развития у всех детей изучались с помощью анамнестического метода, в дополнение к которому использовались выписки из педиатрических карт и велось динамическое наблюдение больного. Статически-динамический подход при изучении развития ребенка являлся основой суждения о взаимовлиянии патогенного и физиологического начал, эволюционирующих в процессе онтогенеза больного ребенка. Динамические данные о развитии детей помогали уточнить картину их состояния в доманифестном периоде болезни.

Беременность у 186 (62 %) матерей больных детей протекала с токсикозом (табл. 4). Преждевременные (на 2—4 нед) и запоздалые (на 1—2 нед) роды обнаружены у 20 % всех обследуемых матерей; у 19 % проводилась стимуляция родовой деятельности. В 5 % у пациентов были явления асфиксии средней и легкой степени выраженности. Таким образом, средний процент патологии беременности в родах был очень высок у матерей больных детей изучаемой группы [132 (44 %)]; однако не превышал процент патологии беременности (56—69) у матерей детей, больных шизофренией, по данным других детских психиатров (Goldfarb W., 1961). Преждевременные роды были у 12 % матерей детей с синдромом Каннера, в популяции — 7 % (Taft S., Goldfarb W., 1964; Rimland B., 1964). Можно допустить, что патология в родах определенным образом взаимосвязана с недостаточностью жизнеспособности плода, как было установлено К. А. Семеновой (1968, 1972).

Задержка в становлении моторных актов обнаружена у 46 (15,3 %) больных. Подобные нарушения встретились у 11 детей, больных злокачественной непрерывной шизофренией (26 %), у 11 детей с непрерывной вялотекущей шизофренией (31 %), у 12 детей с приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией (22 %) и у 12 детей, больных приступообразной мало-прогредиентной шизофренией (8 %). Среди детей, больных рекуррентной шизофренией, не было лиц с подобным типом расстройств. Наименьший процент случаев с задержкой становления моторных актов выявлен в группе малопрогредиентной приступообразной шизофрении (8 %). Обнаружена взаимосвязь с тяжестью течения, ранним началом процесса и количеством случаев с задержанным развитием моторики.

Формирование сложных тонких моторных навыков задерживалось у 212 (70 %) детей, больных шизофренией. В этой группе рекуррентной шизофрении было 10 % случаев, приступообразной, близкой к злокачественной, шизофрении — 69 %, малопрогредиентной и непрерывной злокачественной — 76 %,

непрерывной вялой— 54 %, с непрогредиентным синдромом Каннера— 100 %. Как известно, активное становление тонкой моторики приходится в норме на 2—3-летний возраст. У большинства обследуемых к тому времени процесс уже начинался, что нивелировало значение обнаружения задержки тонкой моторики.

Задержка речевого развития обнаружена у 111 (30,3 %) детей. Меньше всего формирование речи страдало при рекуррентной и непрерывной, вялотекущей шизофрении; наибольшая частота нарушений развития речи в преморбиде выявлена у лиц с неблагоприятным течением болезни.

Нарушение формирования игровой деятельности имелось у 250 (83,3 %) детей. У такого же числа больных были нарушены межперсональные взаимоотношения. Следует отметить, что, несмотря на одинаково раннее начало болезни, одни функции, например речь, страдают меньше, другие, например, моторика и особенно межперсональные взаимоотношения, нарушаются в большей степени.

Учет качества развития рассмотренных сфер деятельности ребенка послужил основанием выделить группы с нормальным, искаженным, стигматизированным, задержанным развитием в доманифестном периоде. В первой группе нормальное развитие было установлено у 14 (4,7 %) больных. У этих детей не имелось нарушений инстинктивной жизни. Пищеварение и сон были нормальными. Становление движений крупных мышц и мелкой моторики происходило в физиологически обычные для здоровых детей сроки. К 1½—3 мес дети держали головку, к 5—6 мес сидели, к 10—13 мес самостоятельно ходили, к 1½—3 годам пользовались 2—3-сложной фразой. В течение первого года жизни у детей формировались эмоциональные привязанности к родным и окружающим лицам. Со 2-го года происходило усложнение контактов, появлялась возможность реализации интереса к сверстникам, способность понимать радость, обиду, подчиняться приказу. Постепенно расширялись взаимоотношения ребенка с окружающим миром, пополнялись его знания, усложнялась игра. Психическое и физическое развитие протекало гармонично. Дети доставляли окружающим удовлетворение своими успехами в развитии и своею синтонной эмоциональностью.

Вторую группу составляли 30 детей (10 %), у которых в развитии были обнаружены патологические стигмы. У этих больных обнаруживались неоднозначные, нерезко выраженные отклонения в развитии личности. Периодическая недостаточность ночного сна замечена у 10 детей; они же проявляли повышенную чувствительность к шумам и дискомфорту. 9 детей были реактивны; из них у 6 был вялый аппетит, слабая реакция на дискомфорт и на мать. У 2 детей возникало стремление к

несъедобным видам пищи, затруднение перехода от грудного кормления к общему. У 9 детей было затруднено формирование навыков самообслуживания и других движений моторики рук. У 2 детей наблюдалось замедление в становлении речи, использование фраз-штампов, у 6 — речь формировалась ускоренно. После года, со времени становления ходьбы, у 20 детей не возникало стремления к общению со сверстниками; они вели себя пассивно, не защищались, не играли.

Индифферентно относились к родителям 9 детей. Перечисленные особенности развития личности, если в последующие 2—3 года жизни не возникал процесс, нивелировались и развитие ребенка переставало вызывать опасения.

Оказалось, что распределение детей с отдельными патологическими стигмами, как и детей с нормальным развитием в доманифестном периоде, по формам течения шизофрении близкое. Личности с нормальным развитием и стигматизированным развитием преобладали в группе злокачественной непрерывной, малопрогрессирующей и рекуррентной шизофрении и были в меньшем числе среди больных вялотекущей непрерывной и приступообразной, близкой к злокачественной шизофренией.

В третьей группе искаженное развитие обнаружено в доманифестном периоде у 136 детей (45,3 %). У больных этой группы нарушения были еще более заметными, однако не у всех однозначными, как и у больных предшествующей группы. У 30 детей отмечена недостаточная продолжительность сна в ночное время, укороченные перерывы между кормлениями, пониженная чувствительность к дискомфорту, вялость, у 15 — повышенная чувствительность к громким звукам, мокрому белью, голоду, легко возникавший плач. Становление первых крупных моторных актов нормальное. У 92 детей отмечена задержка развития тонкой моторики, становления навыков, общая неловкость, медлительность. Дети длительно не осваивали детские игры, не прыгали и т. п. У 101 ребенка игра была аутистической, 117 детей не проявляли интереса к сверстникам, 61 холодно относился к родителям.

Состояние больных детей с искаженным развитием в доманифестном периоде не исчерпывалось только этими патологическими признаками. 25 детей отличались повышенной чувствительностью: еще в младенчестве плохо переносили громкие звуки, дискомфорт, приход в дом посторонних, смену пищи. У них возникала привычная рвота. Сон легко нарушался, становясь прерывистым. После года, когда в норме связь с родителями уменьшалась, у детей увеличивалась зависимость от матери. Они переставали отпускать ее от себя, появлялась тревога при уходе матери из дома. В домашнем кругу с размеренным ритмом, при доброжелательном к ним отношении дети были спокойными. Их

обычно характеризовали как «легких». Приветливые, доступные с родными, в обществе сверстников они робели, играли с ними только с помощью родителей. В присутствии посторонних смущались, замолкали, становились скованными, неуклюжими. Пассивно и безропотно подчинялись даже более младшим детям, не отстаивали своих интересов, не умели «дать сдачу». Их отличали бесхитрость, наивность и прямоту не по возрасту. Чувствительность к «неудачам», такие дети, став старше, начинали сторониться ровесников. При общении с 1—2 знакомыми детьми всегда обнаруживали достаточные знания, ориентировку в окружающем, были способны предложить игру, с удовольствием помогали родным.

У 6 детей (из 25) был резко снижен пищевой инстинкт, не было чувства голода, любимых блюд, с рождения наблюдалось отрицательное отношение к кормлению. Сон был поверхностным, непродолжительным и легко нарушался. Дети беспричинно обижались, любое замечание вызывало у них слезы. Они плохо играли, так как затруднения, неудачи приводили их в состояние длительного раздражения. Новые впечатления, игрушки, приход посторонних — все вызывало у них недовольство. Иногда у них возникали при этом истеро-формные реакции или двойственность в желаниях, негативизм. Все эти особенности могли быть отнесены к начальным симптомам нарушенного развития, свойственного сенситивным шизоидным личностям.

У других детей (41) после годовалого возраста отмечались признаки возбудимости и моторной расторможенности. Это обнаруживалось в играх, взаимоотношениях с родными. Дети быстро всем пресыщались: старые игрушки без сожаления портили, постоянно требовали новых. Желания выражали бурно, при неудовлетворении их Кричали, плакали, легко ссорились с родными. Общие игры со сверстниками у них не получались, так как они не умели поступиться своими интересами, все делали по-своему, были повышено ранимы и обидчивы. Несмотря на легко возникавший интерес ко всему окружающему, они редко увлекались чем-то по настоящему и надолго. Первая радость от прогулки, новой игрушки у них быстро проходила, в раздражении они искали новых впечатлений. Им было чуждо чувство привязанности к другим детям, они переходили от одного сверстника к другому. Иногда у них возникали необычные интересы, — тогда они настойчиво стремились овладеть желаемым. Но и в этих случаях, быстро пресытившись, бросали то, чего упорно добивались. Таким детям свойственны противоположные желания, стремление к недозволенному: они рвали книги, портили любимые вещи родителей на глазах у них и получали от этого удовлетворение. В отношениях с родными они неласковые, эгоцентричные, не переносят нежность: могут демонстративно вытереться, если мать их поцелует.

Речь развивалась у детей этой группы в нормальные или несколько ускоренные сроки в сравнении с физиологической нормой. Обращали внимание их немногословность, редкие вопросы, предпочтение говорить самим с собой. Новые навыки они осваивали с трудом из-за отсутствия интереса, тогда как некоторые навыки по собственному почину ими усваивались быстро. У других 33 детей наряду с чертами возбудимости была резко выражена сенситивность.

Искажение развития у 13 детей характеризовалось пассивностью, ареактивностью с раннего возраста. Эти дети были очень вялы, безразличны к дискомфорту, относились одинаково спокойно к матери и посторонним, к кормлению, взятию на руки. Их характеризовали как детей «без улыбки», которых «не слышно», «словно и не было в доме ребенка», настолько редко они плакали и совсем не выражали радости или протеста. После полугода такие дети недостаточно реагировали на мать, спокойно шли к посторонним. При этом родители легко исключали плохую дифференциацию, так как дети уже хорошо различали мелкие игрушки. Нормальные сроки становления моторных актов у этих детей не исключали медленного приобретения навыков, связанных с развитием тонких движений пальцев рук, требующих внимания, учета очередности движений. Таких детей после года трудно было приучать к выполнению новых действий. Усвоив какой-либо навык, дети его неукоснительно выполняли в строго определенной, затверженной последовательности и не меняли соответственно изменившейся обстановке. После 1,5—2 лет они иногда начинали подходить к сверстникам, но лишь со стороны недолго наблюдали за их действиями. В одиночку они играли в примитивные, однообразные игры, сводившиеся к перекладыванию, пересыпанию, верчению, трясению. После $1\frac{1}{2}$ лет дети оставались эмоционально тусклыми, пассивно относились к родительскому вниманию, ласкам. Наконец, для 24 детей с искаженным развитием больше всего были характерны отгороженность от всех окружающих и аутистические интересы. И у этих детей крупные статические функции развивались своевременно, речь — с опережением. Первые слова обычно они соотносили не с родителями, а с непривычными предметами. Речь фразами появлялась к 1 — 1,5 годам. Рано вводились сложные обороты, наречия, фразы строились грамматически точно. Несколько позднее дети уже легко заучивали стихи, отрывки прозы. Однако они были малоразговорчивыми, в общении предпочитали пользоваться жестами. Наедине с собой они шептались, бормотали. Иногда в таких случаях речь деформировалась и представляла обрывки фраз, слоги. У других появлялась склонность к рассуждательству, пустому говорению. В их играх отражались соответственно возрасту события окружающей среды, сведения, почерпнутые из книг. Однако у всех выступали отвлеченный характер игр, предпочтение мелким сыпучим предметам (бусы, пуговицы, гайки), нелюбовь к живому, а также игры — фантазии

«про себя». В них все события разыгрывались в воображении, дети при этом сидели без движения, что-то шептали, а игрушку держали зажатой в руке, не манипулируя ею, или рисовали несколько штрихов, каракуль и застывали над рисунком. При расспросе могли сказать, что у них тут «прекрасные звери», «дома» и т. п. Беспомощные в кругу сверстников, они не понимали взаимоотношений между детьми, не усваивали правил общежития, нередко говорили, «что не любят играть с детьми, не любят «живое».

У половины этих детей наблюдались влечения к яркому, огню, агрессия с первых лет жизни. У всех рано появлялись односторонние интересы, одержимость камнями, этикетками и т. п. В игровых влечениях обращали на себя внимание узость интересов, ригидность, трудный переход к новым увлечениям. Дети были скрытными, не выражали своих чувств, недифференцированно относились к родным, не чувствовали другой стороны, в общении были бестактными и невнимательными. Иногда общение со сверстниками у них сводилось к тактильным контактам: возне, обниманию, бегу рядом со всеми, но предпочитали они одиночество. Многие даже не переносили присутствия родителей, прогоняли их из комнаты, отказывались от общих игр и прогулок. Перечисленный комплекс особенностей развития личности представлял собой формирование выраженных шизоидных черт у этих пациентов.

В четвертой группе тип личностного развития в доманифестном периоде у больных шизофренией определяли черты задержанного развития. Оно установлено у 78 (26 %) больных; из них у 46 была задержка психического развития, у 32 клиническая картина исчерпывалась расстройствами в форме синдрома раннего детского аутизма Каннера. Рассмотрим каждый тип расстройств в отдельности.

Из 46 матерей детей с задержанным развитием почти у половины (37) были явления токсикоза беременности, а у 43 — патология в родах. У всех этих детей задерживалось становление крупных моторных актов на 2—5 мес по сравнению с физиологически нормальными сроками. Развитие тонкой моторики, навыков обслуживания отставало на годы. У всех выявлены дисплазии в соматическом статусе и строении скелета: неправильное строение черепа, асимметричное расположение макушки, большее число макушек, деформированность ушных раковин (приросшие мочки уха, увеличенные или уменьшенные по сравнению с нормой размеры ушей), низкое расположение слуховых проходов, неправильный рост волос: край их у 4 больных спускался низко на лоб, волосы не ложились, а стояли наподобие гребня; у 10 детей были истонченные, повышено ломкие и сухие волосы. У всех обнаруживались моторная неловкость, неуклюжесть движений и походки, неправильная осанка. Одни (15) были пониженного

питания, другие (5) чрезмерно повышенного. Сон нередко прерывист до полугода. Если в предыдущих группах лишь отдельные дети плохо различали родных, здесь эти симптомы отмечены у всех. Одни (35) были пассивны, другие (10) беспокойны. Развитие фразовой речи растягивалось на годы, первые слова появлялись к 1,5 - 2 годам. Словарный запас приобретался медленно, дети пользовались им редко, длительно не преодолевалось косно. язычное произношение слов. В основном наблюдалась речь в форме штампов, иногда бормочущая, задерживалось появление ее вопросных форм.

Дети не осваивали простых навыков опрятности. Они были косны в привычках, с трудом меняли место и вещи. Игра у всех долго оставалась примитивной, На уровне восприятия предметной формы и простых манипуляций в форме верчения, пересыпания, постукивания предметом о предмет. Способность к сюжетной игре не развивалась. Несмотря на примитивность, у 10 детей игра приобретала характер влечения и годы сохраняла свою однотипность. Дети не проявляли нежности к родным, оставались бесчувственными к их ласкам. Вместе с этим они хорошо знали состав семьи и страдали, если он изменялся. Они плохо переносили приход в дом посторонних лиц, рано это чувствовали, волновались, капризничали; в более старшем возрасте стремились уйти в другую комнату, забраться в более тихий угол. Недостаточно замечали сверстников, как и другие новые объекты. В возрасте 2—3 лет еще не ощущали разницы между живым и неживым, иногда отрицательно относились к живому, толкали ребенка, ударяли собаку и нередко не только без чувства вины, но и с интересом к этому. Желания они в основном выражали жестами или стремились взять нужную вещь без спроса. Временами у них обнаруживалось хорошее пассивное «внимание, лучшее, чем предполагалось, запоминание. Все же у этих детей пассивно накапливались знания, шло постепенное их развитие. Перечисленные особенности развития этих детей в доманифестном периоде болезни дали повод определить его как задержанное.

Подробнее остановимся на характеристике личностного развития 32 детей с синдромом раннего детского аутизма Каннера. Как уже было сказано, вопрос о структуре этого симптомокомплекса расстройств остается нерешенным и обсуждается рядом детских психиатров до сих пор. Приводим наблюдение.

Больной П., 1965 г. рождения, с синдромом Каннера. Сведения о наследственности: мать, 1940 г. рождения, инженер. В детстве послушна. Были подруги. Училась легко. После института справляется с работой, отношения с сослуживцами хорошие. Семейная жизнь не сложилась. Сыну предана. Спокойная, подчиняемая, чувствительная. Тетка и бабка с чертами сенситивности. Двоюродный брат по линии матери, 1965 г. рожд. Замкнутый, застенчивый, одинокий. В школе учится с трудом. То

упрям, настойчив, то пассивен, подчиняем. Занимается с помощью родителей. Отец, 1940 г. рожд., старший научный сотрудник НИИ. На работе его ценят. В отношениях с людьми рационален. В семье деспот. Сам находится в зависимости от матери, женился по ее указке. С первых дней после женитьбы выдвинул идею укрепления семьи, по которой все в ней строится «на внешних отношениях» и начинается с «магических» слов «спасибо», «пожалуйста» и т. д. Его и мать не интересуют внутренние переживания других. Если жена будет внешне вежлива, добра, почтительна, то все будут довольны и семья станет прочной. Не понимает странности своих высказываний. Ребенка не хотел. Заботу жены о ребенке называл баловством, ни в чем не помогал ей. Требовал, чтобы дали ребенку наплакаться. При этом, с любопытством рассматривая его, не брал на руки. Когда стало заметно, что сын не пользуется речью, несколько раз грубо тряс его за ноги вниз головой и приговаривал, что «вытрясет дурь из его головы, прильет туда побольше нужной крови». С годами стал испытывать к сыну своеобразную привязанность, перестал доверять его воспитание жене. Просил помощи в том, чтобы лишить ее права материнства: «Пусть лучше у него вообще не будет матери». Одно время ряд своих болезненных ощущений со стороны кишечника приписывал сыну. Сведения о семье давал скудные, становился подозрительным. У психиатра не лечился. Бабка по отцовской линии — пенсионерка. Жестокая, холодная, неоткровенная. По отношению к невестке настроена враждебно, требовала от нее подчинения, выполнения своих желаний. С сыном живет в ладу. К ребенку относится формально, не навещала внука в больнице, недостаточно заботится о нем, когда его оставляют на ее попечении.

Обследуемый от четвертой беременности, протекавшей с токсикозом, тошнотой, болями внизу живота, в связи с чем мать дважды лежала в отделении патологии беременных. Роды в срок. Закричал после похлопывания. Был вялый, кормить принесли на 3-й сутки. Сосал лениво. У матери вскоре после родов наступила гиполактия.

Раннее развитие. Голову держал с 6 мес, сидел к 7—8-му месяцу, ходить стал с 1 года. Первые слова в 1 год 2 мес, фразовая речь с 1/2 лет. Перенес воспаление легких в тяжелой форме в 2-месячном возрасте, частые гриппы, ангины в 3—5-летнем возрасте. В младенчестве много спал, был чрезмерно спокойным, недостаточно реагировал на мать и игрушки. Родных не отличал от посторонних. Ел хорошо. Педиатр считал ребенка здоровым, но мать уже тогда обращала внимание на его пассивность. Со времени становления ходьбы наряду с обычной походкой периодически наступал только на носки. Не радовался, когда мать брала его на руки, ласкала. В основном прыгал, играл руками. Увидя детей, кричал, опрометью бежал от них. В дождь требовал, чтобы его подвели к водосточным трубам, смотрел на струи воды, радовался, когда прикасался к ним руками.

С 1/3 лет охотно слушал чтение стихов, запоминал стихотворение и страницу, на которой оно напечатано. На вопросы не отвечал. Если очень нуждался в чем-либо, произносил слово или длинную неуместную фразу, чаще пользовался жестикуляцией.

В 2 года 3 мес хотя и владел речью, но ею не пользовался. Вел себя «странно», игрушки перекладывал с места на место. С удовольствием бегал на цыпочках, потряхивал кистями рук. Временами произносил слова, обрывки фраз, четверостишия. Когда его звали поиграть, сердился, бегал, взмахивал руками, выкрикивал неразборчивые слова. На улице ни во что не играл. Увидев собак, кричал: «Не бойся» и бил себя руками по лицу.

Была заподозрена олигофрения и ребенка направили на консультацию к детскому психоневрологу. На приеме у врача в 2/2 года: не сел на предложенный стул, то бормоча бегал по кабинету на цыпочках, то ходил, широко расставив ноги, раскачивался. Игрушки от врача не брал. Сам походя сбрасывал их со стола, сунул палец в чернильницу. Вопросов и просьб врача словно не слышал, однако некоторые просьбы матери исполнял. На последующих приемах вел себя так же. Истинный запас сведений выявить не удавалось.

В возрасте 2,5—4 лет стал медленно приобретать некоторые навыки. Детей по-прежнему избегал, на вопросы не отвечал и ничего не просил. Специально приведенный в кондитерский магазин, не просил конфет, иногда говорил как бы самому себе: «мальчик хочет». Знал части тела. Были доступны понятия «много — мало», «больше — меньше», различение простых по форме предметов, основных цветов. Ходил на цыпочках, временами раскачивался. Говорил о себе во втором — третьем лице. Физически развивался правильно.

После того как отец грубо обошелся с ребенком, у мальчика расстроился сон, периодически возникали энурез и энкопрез. В связи с этим в 4 года 7 мес лечился в стационаре. В отделение шел неохотно, испуганно оглядывался по сторонам, говорил сам себе: «Куда идешь, куда идем?», плакал. Целиком повторял вопросы врача, а также свою фразу: «Мама пошла за гостинцами». От пищи отказывался, не давал себя накормить. Детей сторонился. В общих играх и занятиях не участвовал. Игрушки брал, вертел их перед глазами. Сюжетных игр не организовывал даже с посторонней помощью. Отвечал односложно. Прислушивался к чтению несколько минут, внимание быстро угасало. Отталкивал книги, говорил: «Не надо». Голос тихий, переходящий в шепот. Отворачивался от врача, старался уйти в другой угол комнаты. Первую неделю в стационаре предпочитал оставаться в постели. Настроение было сниженное, временами плакал, монотонно повторял: «Мама придет». От детей и персонала уходил. Если предлагали игрушку, говорил: «Не хочешь играть». Оставленный в

покое, в основном был бездеятельным, вялым, иногда делал перебирающие движения пальцами перед глазами. Спустя неделю исчезло страдальческое выражение лица. Реже звал мать, однако бесцельно бродил в одиночестве по отделению, отвергая всякую деятельность. Спустя еще 20 дней настроение выровнялось, но по-прежнему ни с кем не общался, не задавал вопросов. Изредка подводил к двери врача, повторяя: «Хочешь» или «Мама пошла за гостинцами».

На индивидуальных занятиях у ребенка выявлен большой словарный запас. Он раскладывал геометрические фигуры на доске Сегена, научился счету в пределах первого десятка. Заинтересовался яркими картинками, освоил вопросные формы: «А кто это? Что это?» Мог четко произносить слова и тут же появлялась эхолоалия, речь с лепетными интонациями. Не вдумывался в смысл сказанного, пропуская в словах отдельные звуки. Память хорошая. Активность неравномерная, с быстрым угасанием интереса, бездеятельностью.

В отделении лечился седуксеном по 2,5 мг 2 раза в день и триптизолом по 5 мг утром.

Катамнез (5 лет) После выписки из больницы расстройства сна снялись, но состояние в целом оставалось прежним. С детьми не играл, ничем по-настоящему не интересовался. Лучше всего вел себя с матерью отца, которая ни к чему его не побуждала и ничего не запрещала. Однако с ней он быстро утрачивал ранее приобретенные навыки. В то же время появилась неприязнь к матери: делал ей назло, радовался, если причинял ей боль, щипал или подносил руки к лицу, касался глаз. Смеялся и особенно был доволен, когда мать сердилась и пугалась. Иногда говорил, что она «плохая», толкал ее, гнал из дома, кричал, плакал. Отец испытывал удовлетворение от такого поведения ребенка. Получал в то время 10—25 мг сонапакса в сутки, с 5 лет 2 мес лечение отменено.

6 лет 7 мес. В течение 1,5 лет лечения не получал. Становился все более управляемым. На приеме у врача спокойно играл машиной, обращался с просьбами к врачу и матери, правильно отвечал на вопросы. Периодически все еще гримасничал, вертел пальцы и тряс кистями рук, подпрыгивал.

6 лет 8 мес. Отдан в детский сад. Там смог подчиняться требованиям педагога. В общих играх участвовал вначале с его помощью. Полюбил музыкальные занятия, пел вместе со всеми детьми. Появилось игровое перевоплощение, представлял, что он собачка, мышонок.

7 лет 8 мес. Сад посещал в течение года. Оставался «особым», но вполне подчиняемым. Начал заниматься в музыкальной школе. На уроке выдерживал до 15 мин. Легко понимал задания, овладел

нотной грамотой.

8 лет. Вошел в кабинет врача с легкой настороженностью, осмотревшись, успокоился. Отвечал на вопросы. Лицо выразительное, тонкое, взгляд внимательный, не отводил его, как раньше, от врача. Ответы обдумывал, отвечал не сразу, но по существу. Речь грамматически правильная, развернутыми фразами, запас слов большой. Когда разговаривал, появлялись лишние движения руками, пальцами. От игрушек отказался: «Что я — маленький?». Ориентирован в ситуации, знал, где живет, помнил название улиц, станций метро. Правильно оценивал, что мог поспать лишь в субботу и воскресенье, так как в другие дни ходит в детский сад. О своих занятиях говорил так: «Рисуем на тему — зима, птицы на ветках, читаем и разное другое у нас есть». Показывал, как он может считать: «Вычитать могу и прибавлять, складывать в уме $4+4 = 8$, $8-5=3$ ». Тут же пояснял: «Я всегда про себя считаю». Используя небольшую помощь, понял, как надо считать десятками. Обратился к врачу со встречной задачей: «Теперь я тебе, т. е., простите, вам загадаю сколько будет $2+12$ ». Сказал, что любит более всего заводить пластинки Франца Шуберта: «Музыкальные серенады» и гулять с ребятами Шепотом сообщил, что в саду «есть нехороший ребенок Васька, он дерется». Сознал, что боится его. Рассказывал обо всем бесхитростно. По-детски не всегда разграничивал игровую ситуацию от действительности. При усложнении вопросов суетился, усиливались гримасы.

8 лет 11 мес. Стал учиться в массовой школе с 8 лет 7 мес. В школу ходил с удовольствием, материал усваивал легко. Считался понятливым. Слово учителя было для него законом. Постепенно стал интересоваться детьми. Чтобы заслужить их одобрение, «смешил их», копировал неправильные поступки, передразнивал учительницу. К оценкам окружающих был очень чувствителен. Дома правдиво сообщал о своих и чужих провинностях. Передразнивал мать, отца, бабушку (его даже называли пересмешиником), не вполне осознавая, что огорчает их этим. Иногда при волнении потряхивал руками, прыгал на цыпочках.

9 лет 11 мес. Первый класс закончил на четверки и пятерки. Учился во 2-м классе массовой школы. Жил то у матери, то у отца. По-прежнему предпочитал отца и бабушку по отцовской линии. Любил, когда за ним ухаживали, хотя, как и раньше, не переносил «нежностей». Сон, аппетит хорошие. Моторное развитие отставало. Себя обслуживал плохо. Вместе с тем стал более подвижным, с помощью отца мог играть со сверстниками в пряталки, казаков-разбойников, научился кататься на лыжах. К детям тянулся, но они, понимая его бесхитростность, детскость, наивность, часто обманывали, дразнили его, называли дураком. Он радовался любому вниманию к себе. Защитить себя по-настоящему не мог. Оставался не по возрасту наивным. Учился неровно, получал то 3,

то 5. Занимался один с трудом, так как не мог сосредоточиться. Легко возбуждался, становился агрессивным, утрачивал контроль над своими действиями. Когда был спокоен, мог понять любое требование, проявить инициативу. Получал по 12,5 мг меллерила утром и вечером. Без лекарств несдержанность возрастала. На прием к врачу пришел без стеснения, не смутился от присутствия незнакомых ему врачей, был приветлив и внимателен. Вопросы обдумывал. Иногда так и говорил: «Я подумаю». Обнаруживал достаточные школьные знания. Рассказывал о событиях дома, в школе. Излагал все наивно, не утаивал своих оплошностей. Когда вспоминал что-то его смущавшее, смеялся, говорил, что «про это не скажет» и тут же сообщал о маленьких проказах. При этом волновался, краснел, закрывал лицо руками, смеялся, бегал по кабинету, тряс руками, прыгал на цыпочках, поскорее хотел уйти из диспансера. В соматическом и неврологическом статусе патологии не было.

Заключение. Во время последнего катamnестического обследования состояние больного определяли симптомы искаженного развития: психический инфантилизм, эмоциональная формальность, аффективная неустойчивость, задержка в развитии тонкой моторики с сохраняющимися более примитивными формами поведения.

Истоки настоящего состояния уходят в раннее детство. Явления дизонтогенеза отмечались с рождения.

Наблюдение за больным с 2/2 Д° 10-летнего возраста дает возможность установить постепенное преодоление симптомов дизонтогенеза в виде детского аутизма и последующее формирование личности из круга шизоидных психопатов.

Состояние у этого ребенка не исчерпывалось только явлениями синдрома раннего детского аутизма Каннера. В 2/а и 4/2 года после психических травм у него возникали невротические эпизоды (страх, энурез, энкопрез, расстройства сна, явления адинамической депрессии). Эти состояния держались по несколько недель, не изменяя основной линии в развитии данного ребенка.

В 6—7 лет, в период второго возрастного криза, становится заметной компенсация данного состояния. Вместе с тем и в последующие годы у ребенка остаются симптомы искажения в развитии его личности, сохраняется психический инфантилизм, эмоциональная обедненность, черты психэстетической пропорции в аффективной сфере, формальный подход к окружающему.

Основными расстройствами, которые характеризовали состояние ребенка от рождения до 9/2 лет, были явления дизонтогенеза типа синдрома раннего детского аутизма Каннера.

Рассмотрим особенности развития детей с синдромом Каннера. На первом году жизни у некоторых из них отмечались расстройства инстинктивной жизни. Уменьшенная глубина сна, прерывистость, затрудненное засыпание имело место у 14 больных. Изменения ритма сна и его качества почти у всех ликвидировались к концу первого года жизни; у остальных детей сон с самого рождения приближался к нормальному.

Нарушения аппетита отмечены у 12 детей в виде его снижения, избирательности, затрудненного привыкания к новой пище, выборочного рациона на протяжении многих лет, а у одного — практически полного отсутствия чувства голода. Изменения аппетита были стойкими, почти не видоизменялись на протяжении всего периода наблюдения. У 20 детей аппетит обычный.

Повышенное беспокойство в сочетании с беспричинным плачем наблюдалось у 13 детей в первые месяцы жизни, вялость, ареактивность — у 4. У 2 детей отсутствовали ориентировочные реакции на звуковые раздражители, что вызвало вначале подозрение на глухоту. У 10 детей поведение и фон настроения не отличались от нормальных.

Становление крупных моторных актов протекало в сроки, близкие к физиологическим, у 23 детей: голову держали с 1½—3 мес, сидели к 5—6 мес, ходить начинали до 1 года или к 1 году. Лишь у 7 детей становление ходьбы наметилось к 1 году 2 мес, а у 2 — к 1½ годам. Однако у 3 детей еще до 1 года, а у остальных 29 — после 1 года обнаруживались стереотипные движения в виде разнообразных перебираний и складываний, сгибаний и разгибаний пальцев рук. Т. П. Сим-сон (1929), А. Валлон (1956), Н. Л. Фигурин и М. П. Денисова (1949), И. А. Вахрамеева (1961) и другие авторы такие движения пальцев рук называют атетозоподобными и считают их наиболее характерными для первых 3—4 нед жизни нормально развивающегося ребенка; в последующие 5—6 мес жизни движения рук становятся более точными и координированными. У обследованных детей наряду с формированием сложных моторных актов сохранялись малоизмененными ранние примитивные движения рук, фиксировались и стереотипизировались также другие примитивные движения в форме особых потряхиваний, взмахиваний кистями рук, вращений ими, подпрыгивание в виде отталкивания от опоры кончиками пальцев и бег на цыпочках, кружение. По минованию первого года жизни становились заметными затруднения в самообслуживании: дети не пользовались ложкой, сами не одевались, не застегивали пуговиц, не завязывали бантов, не шнуровали обувь и т. д. После 2—3 лет походка у них оставалась неловкой, нередко отсутствовали координированные движения рук при ходьбе. Движения были несоизмеримыми, отрывистыми и напоминали движения деревянной куклы. У некоторых грациозность в нецеленаправленных движениях сочеталась с топорностью и

неловкостью в движениях направленных. Однако некоторые формы движений, связанные с реализацией особых интересов, у детей развивались хорошо в тот же период. Дети охотно совершали однообразные, утратившие полезность движения. Сложные движения у них не вытесняли ранних, примитивных, а сосуществовали. Сочетание физиологически нормальных сроков становления крупных моторных актов с неравномерностью созревания тонкой моторики и наличием ранних форм движений и двигательных стереотипии было наиболее характерной особенностью развития моторных функций у всех обследуемых. Указанные расстройства развития моторной системы, хотя и медленно, подвергались компенсации, у одних детей нивелируясь частично к 5—8 годам, наиболее полно — к пубертатному периоду. Двигательные стереотипии полностью исчезали после 6—8 лет, у 2 детей оставались до 12 лет.

Становление и развитие речи у больных также протекали с рядом особенностей. Первые слова, как и при нормальном физиологическом созревании, появлялись к концу первого года, в 1 год — у всех детей, первые фразы — к 1,5—2 годам — у 21 ребенка, к 3 годам — у 9 детей, фразовой речи не было у 2 детей. Почти у всех пациентов независимо от сроков становления речи слабо развивалась экспрессивная речь дети не задавали вопросов и редко отвечали на них, не использовали по отношению к себе личных глагольных форм и местоимений в первом лице. В речи наблюдались одновременные и отставленные эхолалии, скандирование, отрывочность, незавершенность фраз, фразы-штампы, фразы-рифмы, символы, бессмысленное и невнятное повторение слов и целых предложений, отказ от некоторых слов и целых предложений, особенно утвердительных и отрицательных. Был нарушен грамматический и синтаксический строй речи: не перенимались естественные интонации речи, встречались ранние лепетные, вычурные интонации, ударение на последних слогах слова, растянутое и напевное произношение последних слогов слова. Вместе с тем дети были способны запомнить и правильно произносить не только слова, но и отдельные четверостишия, отрывки прозы. Всегда наряду с правильным наблюдалось невнятное произношение одних и тех же слов и звуков. На наш взгляд, особенностью речи этих детей является хаотическое переслоение примитивных и сложных речевых форм, автоматическое их использование, отсутствие или частичное недоразвитие обобщающей и коммуникативной функции речи. Такие недостатки речи обычно преодолевались к 6—8 годам.

Игровая деятельность у этих детей была резко изменена. Большинство (20) во время игры занимались пересыпанием, верчением предметов, переключиванием, постукиванием одного предмета о другой, касанием ими лица, обнюхиванием и облизыванием их. При этом одна форма действия нередко сменялась другой, что внешне придавало им характер игры. В

такой псевдоигре обращали на себя внимание то кратковременность фиксации на одном виде деятельности, то, наоборот, застревание на одной манипуляции, отсутствие игрового сюжета или усложнения этих примитивных форм игры, их стереотипизация. У 5 детей не было такой примитивной игры в первые 3 года жизни, в течение дня они много ходили, прыгали, ползали. Их трудно было привлечь даже к очень красивой игрушке, необычному предмету обихода. У 7 детей игра была сложнее, протекала с характером сверхценного отношения к отдельным необычным предметам, чем-то поразившим ребенка. Это был интерес к машинам, железкам, колесам, бытовым приборам, механизмам, позднее к картам, каталогам, цифрам, счету, рисованию на определенную тему и т. д. Однако и такая игра оставалась однообразной, не сменялась в течение ряда лет, почти отсутствовало ее дальнейшее усложнение. Перечисленные формы игры у всех детей периодически прерывались стереотипными движениями в виде отмеченных выше движений руками, особых прыжков и сопровождались аффектом радости. Это позволило предположить, что стереотипные, примитивные движения являются и формой игры, и средством выражения аффекта, сохранившимся с младенческого периода жизни. Игры обычно сопровождались своеобразной и уже охарактеризованной выше аутистической речью. Игровая деятельность и содержание сопровождавшей ее речи, даже когда она была вятной, нередко не были объединены единым смыслом.

Аффективные проявления у детей были также видоизменены. Одни дети были в доступных им пределах веселы, что отражалось в довольном выражении лица, периодически появлявшейся улыбке, хорошем общем самочувствии; другие были равнодушными, однако и они не обнаруживали недовольства и беспокойства. Если детей предоставляли самим себе, обеспечив их основные физиологические потребности, то дети находились в состоянии удовлетворения. Любая попытка проникнуть в их мир, изменить сложившийся стереотип жизни, игры, одежды, расположения предметов в комнате, повести на прогулку не в обычное место, по иному пути, в непривычное время, изменить вид пищи, матери — проявить к ним внимание, постороннему войти в комнату, где находится ребенок, — все вызывало тревогу, беспокойство, протест, капризность. Это свидетельствовало о большой косности, психической ригидности этих детей, о легкости нарушения адаптации при изменении условий окружения, о чрезвычайной чувствительности и

V. Клиника непрерывной шизофрении. Злокачественная шизофрения: манифестные, развернутые и конечные состояния.

Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)
Башина В.М.

Как уже отмечалось в обзоре литературы, из всех форм рано начавшейся шизофрении непрерывная изучена наиболее полно. Еще в прошлом столетии в руководствах по общей психиатрии можно встретить упоминания о психотических состояниях у детей, клиническая картина которых близка к рассматриваемой нами злокачественной непрерывной шизофрении.

Одним из первых обратил особое внимание на двигательные расстройства в клинике психозов у детей Н. Maudsley (1871); этот же исследователь предположил возможность у детей галлюцинаций «воображения», дал характеристику состояния, близкого к онейроидному, назвав его «каталептическим», и отметил, что только после организации у детей определенных идей становятся возможны нелепые, бредовые идеи. К сожалению, мы не нашли у этого автора указаний на точный возраст больных, в котором могли выявиться упомянутые расстройства.

Вслед за Н. Maudsley ряд психиатров подтверждали его мнение о двигательных нарушениях как основных расстройствах в психозах у детей. В круге острой деменции у Н. Emminghaus (1887) есть клинические описания у детей ступора с восковой гибкостью и «вялого ступора» с отсутствием галлюцинаций и «безумных идей». Кататоническое возбуждение у ребенка 3 лет охарактеризовал С. Н Данилло (1891), а несколько позднее — S. de Sanctis (1908, 1912), обнаруживший детское помешательство с кататоническими расстройствами, причислил его к «раннему слабоумию». Выделенный этим автором психоз представлял один из подвидов теперешней злокачественной шизофрении. J. Raeske (1909) уже характеризовал острые состояния у 10 детей 12—13 лет с кататоническим возбуждением, явлениями восковой гибкости, эхολалией, эхопраксией, мутизмом. Развернутые исследования кататонических и гебефренических расстройств у детей старшего возраста провели М Брезовский (1909) и А Н Бернштейн (1912). W Strohmayer (1913) предположил, что у школьников состоянием эмоционального отупления предшествуют кататония, гебефрения и вместе с тем высказал сомнение, что у детей 3—4-летнего возраста возможно «раннее слабоумие». Несмотря на фундаментальный характер упомянутых исследований, значительно позднее Л А Прозоров (1921), а затем М О Гуревич (1927), В А Гиляровский (1929) и др. высказывались в пользу наличия кататонических расстройств у детей скорее при органических повреждениях головного мозга и» экзогенных психозах, чем при шизофрении. Как, впрочем, еще раньше L Voigt (1919) утверждал, что такие кататонические расстройства, как гримасы, стереотипные позы и ритмические движения, эхολалии, эхопраксии присущи олигофренам с выраженным умственным недоразвитием, а не больным шизофренией.

В последующие годы постепенно накапливались исследования о

шизофрении у детей, в которых основное внимание уделялось кататоническим и в меньшей степени гебефренным расстройствам. Чтобы можно было сравнить кататонические расстройства взрослых и детей и доказать правомерность их выделения при детской шизофрении, приведем характеристику кататонических расстройств у взрослых, больных шизофренией, Е. Краепелин (1898, 1913, 1920). При кататонии у взрослых, писал он, обнаруживается безвольное следование приказаниям, эхолалия, эхопраксия, импульсивное поведение. Бездумные действия совершаются внезапно и молниеносно. Встречаются бесцельные движения, когда отсутствует определенное намерение. Из частых и бессмысленных движений и действий складывается картина кататонического возбуждения. У больных к тому же возникают подергивания в различных мышечных зонах, прикосновения к определенным частям тела пальцами, напоминающие бессмысленные, стереотипные движения маленьких детей. Для речи больных характерны рифмования, стереотипность, иногда мутизм, вербигерация. У этих же больных были возможны головокружения, обмороки, припадки. Развитие кататонических состояний проходит стадии меланхолии, мании, возбуждения, спутанности и исхода в дефектное состояние.

После развернутых клинических характеристик кататонии у лиц зрелого возраста следует отметить, что во всех, как ранее упомянутых, так и последующих работах психиатров кататонические расстройства у детей охарактеризованы почти однозначно.

Их определяли ступор, двигательная заторможенность, негативизм, стереотипии, персеверации, повышенная внушаемость, интеллектуальная заторможенность, а гебефрению — в основном мания и депрессия, стереотипия, персеверации в движениях и мышлении, импульсивные влечения, бегство, выбрасывание и повреждение вещей.

В работах Н. И. Озерецкого (1934), Е. С. Гребельской (1934) и других авторов мы находим сходные с рассматриваемыми характеристики кататонических расстройств у больных шизофренией детей. Г. Е. Сухарева (1937) в клинической картине «тяжелой» шизофрении у детей также отводит двигательным расстройствам ведущее место. В 1948 г. Т. П. Симеон, выделив «галопирующую» шизофрению у детей 3—5-летнего возраста, характеризовала ее аутизмом, к которому затем присоединялись кататоническое возбуждение, импульсивный бег, бесцельное блуждание от объекта к объекту, регресс речи и спустя период от нескольких месяцев до 1—2 лет — возможность глубокой дегградации психики, олигофреноподобного дефекта. Т. П. Симеон считала, что у детей часты кататонические и кататоно-гебефренные расстройства. Следует заметить, что как в исследованиях W. Strohmayer, J. Raescke и др., так и в работе Т. П.

Симеон квалификация кататонических и кататонно-гебефренных расстройств в детском возрасте мало отличается от описаний кататонических расстройств у взрослых больных. Ближе к рассмотренным и описания недоброкачественной шизофрении в сообщениях ряда других детских психиатров. Так, по мнению L. Kanner (1958), для детской шизофрении с острым началом характерны моторное беспокойство, нарушение речи, кататонические, а у некоторых — гебефренные расстройства, как отметил G. Langfeldt (1958), кататоническая форма шизофрении у детей возможна, хотя и не так очерчена. Сходство кататонических расстройств у детей и взрослых, больных шизофренией, обнаружил W. Spiel (1968), отметив, что у детей кататонические симптомы нередко сочетаются с патологической аффективностью. По мнению K. Leonhard (1960), кататонические расстройства особенно широко встречаются у детей школьного возраста и похожи на кататонические расстройства у взрослых. Этим автором выделена систематическая и несистематическая кататония. К последней он отнес паракинетиическую кататонию без возбуждения, но с постоянным беспокойством в виде неестественных движений; «разговорную» кататонию с характерным речевым возбуждением; прокинетиическую кататонию с итеративными движениями, контрдвижениями и параллелизмом на фоне скованности; негативистическую кататонию с состоянием импульсивного возбуждения, негативизмом и сопротивлением воздействию попеременно с состояниями пассивности, подчеркнув при всех их очень плохой прогноз.

В американской психиатрической литературе Н. Potter (1933) принадлежит первая работа, в которой описано 14 больных в состоянии кататонии, чрезмерным количеством движений или оскудением их, тенденцией к стереотипиям, застыванию, сниженной речевой активностью вплоть до мутизма, дефектом аффективного резонанса, инкогерентностью и персеверацией в мыслительных процессах.

Как уже было отмечено, некоторыми авторами в последнее время делаются попытки установить характер своеобразия кататонических расстройств в детском возрасте у больных шизофренией. Среди немногих клиницистов, высказывающих сомнения в отношении распространенности кататонических симптомов в клинике шизофрении у детей, следует назвать J. Lutz (1937, 1938). Он считал, что только R. Weichbrodt (1918) удалось видеть ребенка 3/2 лет в явной каталепсии, а вообще, по его предположению, типичные явления оцепенения должны встречаться у детей после 9 лет. И позже, в 1957 г., подчеркивая недостаточную изученность симптоматики детской шизофрении, он обращал особое внимание на отсутствие точных данных о кататонических расстройствах в этой группе больных. В подтверждение этих своих высказываний J. Lutz заметил, что

за 20 лет ему удалось наблюдать не более 25 детей, страдающих шизофренией, и ни у одного в таком возрасте не встретилось кататонии. Своеобразие кататонических расстройств отмечено и М. Tramer (1957, 1958), правда, на основании одного только собственного наблюдения больного ребенка, у которого в преморбиде отмечались нарушенные влечения, а с 4-летнего возраста — явления мутизма, обеднение игры и кататоническое возбуждение. Исходя из этого наблюдения и данных литературы, автор предположил, что у детей редка акинезия и, чем меньше дети, тем чаще, по-видимому, у них наблюдаются ритмичные качания другие движения туловищем или разные движения головой, например стучание ею. В более позднем возрасте им свойственны вынужденные движения, напоминающие хореоформные, атетозные, или гримасы. По-настоящему манерные движения должны появиться в пубертатном возрасте, с утратой природной грации движений.

В 1946 г G Stump и P Philipsen выделили самостоятельное заболевание, охарактеризовав двоих больных детей, состояние которых даже предположительно не отнесли к кататоническому. У этих пациентов контакты с окружающими были нарушены, полностью отсутствовали аффективные реакции на родителей. При отсутствии обращенной речи сохранялись пение, правильное произношение слов, наблюдались негативизм, стереотипные движения, периодически состояние утяжелялось. Авторы утверждали, что клиническая картина в приведенных наблюдениях не была похожа на травматическое, постинфекционное состояние, синдром Крамера—Полнова. Этот случай еще раз подтвердил высказывания J. Lutz о недостаточной изученности кататонических расстройств у маленьких детей, отсутствии общепринятых стандартизованных описаний «кататонических» синдромов у больных шизофренией детей.

Квалифицируя моторные расстройства у больных шизофренией детей, Н. И. Озерецкий (1934) назвал их кататониформными, а не кататоническими из-за их своеобразия. По наблюдениям В Kothe (1957), движения у больных шизофренией детей обладают в разные возрастные периоды склонностью к регрессу и атавизму. К атавизмам автор относил «обезьяноподобные», «шмыгающие» движения, когда больные теребят на себе одежду, грызут ногти и тут же совершают молниеносные движения. У «маленьких детей много «идиотических» стереотипии, которые свойственны и органическим поражениям центральной нервной системы и кататоническим расстройствам. Как и М. Tramer (1958), Ch. Wieseck (1965) наблюдал в двигательной сфере детей, больных шизофренией, хореоформные или атетоидные движения наряду с негативизмом и мутизмом. А. Н. Чехова (1963) считает характерными для кататонии у детей до 5 лет возбуждение, бессмысленные стереотипии и распад речи. Эти случаи, по ее мнению, трудно дифференцировать с dementia infantilis Геллера,

возникающей вследствие органического поражения головного мозга. М. Ш. Вроно (1967) атипичию кататонических расстройств у детей, больных шизофренией, видит в отсутствии полного су по а или выраженного возбуждения, преобладании вычурных импульсивных движений, кратковременности кататонического застывания. Таким образом, анализ большинства исследований психозов и шизофрении у детей показывает, как медленно накапливался фактический материал о наличии в клинической картине детской шизофрении кататонических и гебефренных расстройств. Затем появились работы, благодаря которым постепенно формируется представление о своеобразии этих расстройств. И до сих пор нет развернутых характеристик двигательных расстройств при детской шизофрении в возрастном аспекте. Поэтому некоторые клиницисты (Makita K., 1974; Knobel M., 1974, и др.) продолжают высказывать сомнения в том, что «странное возбуждение» у детей дошкольного возраста можно относить к кататоническому или тем более гебефренному.

Ряд психиатров, начиная с Kraepelin, обращали внимание на возможность симптомов регресса в клинике злокачественной шизофрении у детей (Сим-сон Т. П, 1948; Despert L., 1952, Kothe B, 1957, и др.), Однако о расстройствах этого типа имеется еще меньше сведений. Не изучена взаимосвязь кататонических и регрессивных расстройств, нет сведений об их зависимости от уровней онтогенеза больных, неясно их прогностическое значение.

Внимание исследователей привлекалось и к характеристике негативных расстройств, «интеллектуального краха», структуре дефекта при неблагоприятной динамике детской шизофрении. О псевдоолигофренических формах шизофрении, которым свойственна задержка развития с диссоциированностью познания, пишут G. Heymer и соавт. (1960), M. Pollack (1966). Специфически характерный признак детской остро протекающей шизофрении видят «в самораспаде» такие психиатры, как M. Gittelman, H. Birch (1967). Интеллектуальную деградацию, эмоциональное опустошение, в дальнейшем тяжелое недоразвитие при злокачественной шизофрении, «неблагоприятной», «галопирующей» отмечают Г. Е. Сухарева (1935), Т. П. Симеон (1948), А. Н. Чехова (1963). Шизофрению с «надломом», при которой в течение нескольких месяцев распадаются контакты, появляется боязливая недоверчивость с возбуждением, сменяющаяся агрессией с дурашливостью, описывает Ch. Wieck (1965). Детскую шизофрению, маскирующуюся слабоумием, наблюдал B. Kothe (1957). Еще раньше на возможность тяжелого исхода при такой шизофрении у детей указывали и H. Potter (1933) и другие авторы. Из перечисленных работ следует, что при неблагоприятной шизофрении у детей подчеркивается возможность быстрого

формирования олигофреноподобного дефекта. Авторы пытаются объяснить его причину следствием интеллектуального распада и присоединением последующего недоразвития. Эти состояния вместе с тем нуждаются в особенно тщательных дальнейших исследованиях.

Наконец, нужно остановиться и на давно известных фактах наличия галлюцинаторных расстройств и бреда в клинической картине неблагоприятной детской шизофрении и их незначительном удельном весе в ее клинике (Симеон Т. П., 1945; Моисеева М. И., 1969; Strohmayer W., 1923; Potter H., 1933; Kanner L., 1958, и др.). Возрастные особенности и этих психопатологических расстройств остаются малоизвестными. Так, нет данных о возрасте детей, в котором эта патология впервые появляется. Все сказанное об особенностях психопатологии ранней неблагоприятной формы шизофрении показывает необходимость дальнейшего ее изучения. На настоящем этапе неблагоприятную шизофрению у детей характеризуют: по типу течения — как подострую, острую, галопирующую, по синдромальным признакам — как кататоническую, кататано-гебефренную, псевдоолигофреническую, по типу исхода — как неблагоприятную, злокачественную, по возрастным критериям — как раннюю детскую шизофрению, по факторам причинности — как одну из форм симбиотического психоза.

Рассматриваемую форму шизофрении мы определяем как непрерывную, злокачественную, рано начавшуюся. В нее входят случаи, которые характеризуют острое или подострое начало, свойственная этой форме шизофрении клиническая картина с присущими — ей расстройствами моторики, речи, поведения и быстрым формированием конечных состояний с олигофреноподобными формами дефекта.

Среди наблюдавшихся нами 42 больных непрерывной злокачественной шизофренией (из них 10 девочек) все заболели до 5-летнего возраста (табл. 3).

Таблица 3. Средний возраст начала болезни у детей с непрерывной злокачественной шизофренией

Число больных	Возраст начала болезни
16	2 года 2 мес
4	2 » 3 »
15	3 » 8 »
7	5 лет 3 »

Переходим к характеристике клинических особенностей

непрерывной злокачественной шизофрении.

Больной У., 1963 г. рождения.

Сведения о наследственности: мать, 1940 г. рождения, инженер, замкнутая, сдержанная. Всю себя посвятила ребенку. Инфантильно-грацильная. Отец, 1933 г. рождения, инженер. Одержимый, негибкий. Со времени заболевания сына замкнулся, занят работой и уходом за ребенком, отказался от друзей. Бабка и тетка по линии матери чувствительные и тревожные. Двоюродный брат пробанда здоров. Остальные родственники без заметных характерологических особенностей.

Обследуемый от первой беременности. Во второй ее половине отмечался токсикоз, был белок в моче, повышенное артериальное давление. Лечилась сернокислой — магнией. Роды в срок. Ребенок родился без асфиксии.

В грудном возрасте была реакция на дискомфорт, разлуку с родителями. Голову держал с 3 мес, сидел с 5 мес, пошел в 9/2 мес. Первые слова до года: «мама, баба, папа, горка, песок». После года — фразовая речь, которой охотно пользовался. С того же времени стремился к общению, отличался активностью. Охотно принимал новые блюда. Хорошо спал. Знал родных, не боялся посторонних. Любил повозиться с отцом, был «хохотун». С удовольствием катал машины, из кубиков складывал дома, гаражи, гулял с бабушкой, Любил новые места, не боялся леса. С детьми делился игрушками. Рассматривал картинки в книгах, знал окружающие предметы, различал виды транспорта. Самостоятельно организовывал игру. Легко запоминал новые слова. Стремился сам одеваться, есть. Во время кормления был очень аккуратным, требовал свою посуду.

В 2 года вывезен на дачу. Там оставался по-детски веселым, активным. С 2 лет 3 мес стал вялым без видимой причины. Нарастала молчаливость, повторял одну и ту же игру. По возвращении с дачи, к 2/2 годам, совсем не обращал внимания на игрушки, не называл предметы на знакомых картинках, не реагировал на новые слова. Постепенно утрачивал прежние знания. Районным психоневрологом назначена глутаминовая кислота. Состояние не улучшилось. В диспансерном отделении городской детской психоневрологической больницы № 6 предположили «сенсорную алалию». К 2 годам 11 месяцев стал совсем отрешенным, подолгу сидел, уставив безразличный взгляд в пустоту, мало двигался. Вначале перестал произносить сложные фразы, затем слова, потом остались лишь смазанные контуры слов, слогов. В то время изредка по просьбе, а иногда спонтанно вдруг произносил отчетливо слово или за родными мог повторить фразу, например: «Тети идут». Пассивность иногда сменялась однообразной деятельностью. Тогда возил

взад-вперед любую вещь, не обращая внимания на то, что у него в руках не машина. Предметная игра пропала. Аппетит стал избирательным: предпочитал творог, котлеты, все хрустящее, мягкую пищу отвергал. Кормили с трудом.

С 2 лет 11 мес до 3 лет 2 мес находился в психиатрической больнице.

По физическому развитию соответствует возрасту. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Анализы кала, мочи, крови — норма.

В неврологическом статусе локальной патологической симптоматики не выявлено. Глазное дно Нормальное. На рентгенограмме черепа признаки открытой гидроцефалии в стадии субкомпенсации. Контакту недоступен. Внимание привлечь не удавалось, на речь не реагировал. Сам иногда издавал нечленораздельные звуки. На разлуку с родными реакции не возникало. В отделении бегал по кругу, влезал на стулья, не боясь высоты, в игрушки не играл. Был неопрятен мочой и калом. Проведено лечение нуредолом.

После больницы, в 3 года 2 мес, физически ослаб, полностью утратил последние слова, стал еще более апатичным, рассеянным. Появилась настороженность к белым халатам. Детского общества стал пугаться. Не шел из дома. Был то бездеятелен, то бесцельно бегал. Новые игрушки кусал и обгрызал. Иногда становился недовольным, мотал головой, бил руками по столу. Изредка его привлекали жесты матери, а на обращенные вопросы не реагировал.

В 3 года 7 мес после удаления аденоидов больше, чем раньше, сопротивлялся одеванию, боялся выходить из дома. До 5 лет 7 мес состояние оставалось совершенно однообразным, был то вял, то суетлив. Аппетит оставался избирательным. Речь отсутствовала. Играл веревочкой, пальцами рук. Подпрыгивал на носках.

С 5 лет 7 мес до 6 лет находился в детском отделении психоневрологической больницы № 8 имени З. П. Соловьева. Выглядел младше своего возраста. Со стороны внутренних органов, как и прежде, патологии не отмечено. Анализы крови и мочи оставались нормальными.

Неврологический статус: череп 53 см в окружности, зрачки равномерные, фотореакции сохранены. Сухожильные рефлексy равномерные, спонтанная экстензия I пальца с обеих сторон. Акроцианоз и гипергидроз кистей рук и стоп. Глазное дно нормальное. На обзорных рентгенограммах черепа

патологических изменений не найдено.

Контакту недоступен. При обращении к нему уходил в дальний угол комнаты, на глазах появлялись слезы и тут же возникала улыбка. Предоставленный самому себе, ходил на цыпочках, размахивал руками, бормотал что-то невнятное, не брал игрушек. Навыками самообслуживания не владел. К родителям был равнодушен. В отделении держался одиноко. При попытках подойти к нему волновался, убегал в сторону, иногда тут же чему-то улыбался, гримасничал. Ел плохо, аппетит был избирательный, кормил его персонал. По вечерам чего-то боялся. Периодически возбуждался, кричал, бил и кусал детей, царапался.

Проведено лечение сернокислой магнезией, валерианой, кальцием, стелазинном до 5 мг в сутки. Выписан без всякого улучшения. Диагностирована шизофрения.

В 6 лет появились однообразные движения: все время поправлял скатерть на столе, гобелен, моргал. Затем моргание прошло, стал перебирать пальцы, постоянно скрещивал II и III пальцы на руках.

К 7 годам стал прислушиваться к мелодическим звукам, пению и начал напевать мелодии. Потом стал произносить невнятно слова песен, постепенно узнавал все новые песни. Дома в основном бегал из конца в конец комнаты, вертел игрушку в руках. Просьб посторонних не выполнял, словно их не слышал. Бабушке подчинялся - мог положить игрушку, поправить ковер. Все делал мимоходом, жмурился, гримасничал, прыгал на носках, сопротивлялся осмотру. Когда заводили любимую пластинку, прислушивался, повторял отдельные слоги, слова песни. Иногда щипал мать. Когда она имитировала плач, прекращал эти действия. На приход двоюродного брата-ровесника не реагировал, отбегал от него, когда тот пытался поиграть с ним. К отцу, когда тот приходил с работы, подбегал, на лице появлялась гримаса, похожая на улыбку. Подбегал к нему и убегал несколько раз, пресытившись, бегал по комнате, не обращая внимания на окружающих.

В возрасте 7 лет 5 мес — 7 лет 8 мес состояние было следующим. С утра плакал, не играл, не бегал, был вял, отказывался идти гулять, гудел мотивы грустных песен. К вечеру становился веселее, повторял за отцом фразы стихотворений, слушал пластинки. Ночами просыпался и подолгу не спал, стонал. Проведено лечение тизерцином (25 мг на ночь). Спустя 3 мес состояние стало обычным.

К 8 годам приобрел некоторые навыки самообслуживания: стал одеваться, умывался, пытался самостоятельно есть. Аппетит

оставался избирательным. Пил воду, от соков отказывался. Хлеб ел только на улице по пути из булочной. Ел крупинки соли, на улице — листья. Спал спокойно. Играл с водой, пересыпал песок. Запоминал теперь не только песни, но и рифмованные фразы.

Речью не пользовался. Был неопрятным в ночное время. Утром сам открывал холодильник и выбирал оттуда «свою пищу», за столом хватал ее руками, ложкой не пользовался. Если же пища случайно попадала на руки, тут же вытирал их салфеткой. Мог висеть на турнике вниз головой и без усталости стоял около стены на голове. Научился кататься на санках с горы. Стремился ходить по краю тротуара, хотя при этом ощущал страх. В основном «обращал внимание на качающиеся предметы: качели, листья, ветви деревьев. От кошек всегда отворачивался, увидев собаку, радовался, вставал на четвереньки и стремился заглянуть ей в пасть, но тут же вскакивал и убегал. Реагировал скорее на интонацию голоса матери, а не на содержание приказа. Иногда прижимался к ней, если в ее голосе слышалась грусть. Тогда его лицо, несмотря на бедность и однообразие мимики, тоже становилось невеселым. Если мать ласкала его, старался отбежать от нее. С трудом менял одежду, особенно шапку.

С 6 до 8/2 лет занимался с логопедом-дефектологом. К логопеду не привык. От занятий отказывался, игрушки вертел, вращал, облизывал, постукивал ими друг о друга, подносил к губам, но не называл Кубики выкладывал в ряд и затем вновь складывал в коробку. Несмотря на — все попытки научить его называть игрушки, он этому так и не научился.

С 8 лет 1 мес периодически в течение 1—2 нед становился злобным, агрессивным, подолгу однообразно бегал по кругу, или из конца в конец комнаты. Появился страх белых зданий, панически бежал от них.

К 8 годам 4 мес вновь стал спокойнее, подчинялся матери. Был проведен курс терапии гаммалоном. Несмотря на усиление суэтильности, моторного беспокойства, стал более отчетливо произносить разученные песни. Речью для контактов не пользовался. То совсем не реагировал на просьбы, то вдруг проявлял более высокое понимание речи.

В возрасте 8,5—10 лет состояние оставалось довольно однообразным. По-прежнему полностью отсутствовала коммуникативная речь, хотя наряду с наличием фраз-штампов появилась эхологическая речь. Исполнял редкие простые просьбы родных. Себя обслуживал не полностью. Ел избирательно и с посторонней помощью. Оставался отрешенным от всего окружающего, противился элементарным контактам с родными и детьми. Большую часть времени проводил за

примитивной игрой. Игрушки облизывал, грыз, песок пересыпал, воду переливал. Спал достаточно, был спокоен.

С 10 лет эпизодически вновь стали возникать состояния беспричинного возбуждения с агрессией в отношении матери, бабушки. Разрушал окружающие вещи, разбрасывал их, кричал, был негативистичен, амбивалентен, напряжен. Нуждался в помещении в больницу для лиц с хроническим поражением центральной нервной системы.

Приведенное наблюдение характерно для злокачественной непрерывной шизофрении, протекающей на первых этапах с падением активности и регрессом, а на последующих — со стертыми кататоноподобными расстройствами, страхом.

При последнем катамнестическом осмотре состояние больного определяли черты дефекта и эпизодическое импульсивное возбуждение. Дефект олигофреноподобной структуры состоял из симптомов регресса и недоразвития. Речь представляла собой механическое повторение штампов. Произношение звуков в ней было резко изменено: то косноязычно, лепетно, смазанно, то отчетливо и постоянно варьировало. Речь усваивалась больным автоматически без соответствующей связи слов с обозначаемыми предметами, действиями, представлениями, т. е. практически не выполняла сигнального значения и не несла коммуникативной функции.

Моторную сферу отличали одновременное существование двигательных актов, связанных с поддержанием равновесия, ходьбой, навыками обслуживания, и ранних моторных стереотипии, таких, как перебирание пальцев, взмахи кистями рук, подпрыгивания с отталкиванием от опоры кончиками пальцев, свойственные раннему младенческому возрасту. Все моторные акты были бедны, имели тенденцию к стереотипности.

Эмоции больного были крайне примитивны. Игровая деятельность расстроена. В ней ребенок использовал архаические формы познания окружающего: обоняние, осязание, вкусовые ощущения, хотя владел более высокими возможностями. Игра легко становилась стереотипной, автоматизация затрудняла ее дальнейшее развитие. У детей отсутствовало стремление к новизне, совместной деятельности со сверстниками.

Наконец, состояние больного определяли и резидуальные кататоноподобные симптомы в форме периодического импульсивного возбуждения с негативизмом, амбивалентностью, а также страх.

Подобный тип олигофреноподобного дефекта, выявляемый у

больного, с особенностями в развитии речи, моторики, игровой деятельности, эмоциональной сферы и всего поведения в целом наряду с резидуальными кататоноподобными симптомами служили основанием к постановке диагноза шизофрении. Этот диагноз подтверждался и особенностями формирования болезни.

Заболевание возникло в 2 года 3 мес у ребенка с ускоренным психическим и нормальным физическим развитием, чертами легкой педантичности. Болезнь развилась аутохтонно, подостро, в течение 3—5 мес. Ее на начальных этапах характеризовали явления адинамии, аспонтанности и регрессии, к которым спустя 10—12 мес присоединились стертые кататоноподобные симптомы. Стали формироваться черты дефекта олигофреноподобного типа. В последующие годы на фоне конечного состояния с относительной стабилизацией процесса все же были заметны эпизодические ухудшения. Дефект, сформировавшийся в первые годы болезни, вследствие регресса навыков, моторики, речи, игровой деятельности, всего поведения и вторичного недоразвития функций все же не оставался однообразным. Это обнаружилось в частичном восстановлении речи, некоторых навыков. Эпизодические ухудшения выступали в форме усиления кататоноподобных симптомов, страха, примитивных однообразных стереотипных движений, агрессии, импульсивного возбуждения.

Дифференциальную диагностику в этом случае было необходимо проводить с деменцией вследствие органического поражения центральной нервной системы. Диссоциированный регресс всех сфер деятельности с его частичным обратным восстановлением, отсутствие расстройств памяти, способность к запоминанию речевых штампов при утрате коммуникативной функции речи, резчайшее эмоциональное обеднение с активным протестом против любых элементарных форм контактов при потенциальной возможности их, особое поражение пищевого инстинкта с вычурностью аппетита, позитивные симптомы — кататоноподобные расстройства, страх, вычурные стереотипии, как и отсутствие патологических признаков со стороны неврологического статуса, рентгенограммы черепа, ЭЭГ, лабораторных анализов крови, мочи, глазного дна, соматического состояния — все это вместе взятое и служило основанием для диагноза шизофрении, а не органической деменции. Наконец, данные о наследственности, отсутствие по обеим линиям психозов, наличие только личностей шизоидного круга, рациональных и рассудочных, являлись дополнительными фактами, подтверждающими высказанные предположения о форме течения шизофрении.

Переходим к анализу клинических особенностей непрерывной злокачественной шизофрении у детей, которые положены в основу разработки типологии манифестного развернутого и

конечного состояний.

Типы манифестных состояний.

Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)

Башина В.М.

Регрессивный тип расстройств в манифестном периоде обнаружен у 16 детей (из них 3 девочки). Эти расстройства возникали в среднем в возрасте 2 лет 7 мес (у 7 детей в 1 год — 1 год 8 мес, у 5 детей — 2! / 2 года, у 2 детей — в 3 года и у 2 детей — в 4 / 2 года).

Состояние развивалось с падения активности, нарастания опустошения эмоциональности, индифферентности, угасания аффективных реакций на окружающее. При этом исчезали свойственная детям жизнерадостность, творчество в играх, появлялась пресыщаемость в деятельности. Однако скоро становилось ясно, что смена обстановки, новая игра, зрелища также не доставляли им прежнего удовольствия. Попытки родителей отвлечь детей, разбудить в них интерес к окружающему, к деятельности кончались неудачей. На смену оживлению вновь приходила безучастность. Постепенно становилась заметной неустойчивость активности: вялость, безразличие на короткое время сменялись необычной для них более высокой активностью, а затем активность вновь падала. Большую часть времени дети проводили в бездействии, сидели, уставив безразличный взгляд в пустоту, редко меняли положение, лишь иногда останавливали свое внимание на внешних явлениях. Им было легче удерживать внимание на длительно не сменяющихся событиях, они заинтересовывались льющейся водой, дождем, снегом, сыпучими веществами. Иногда по собственному почину катали игрушечную машину туда и обратно, ритмично стучали ею или перекладывали из руки в руку. Постепенно круг их деятельности сужался, игры повторялись, становились все более однообразными и приобретали характер стереотипии. Позднее выявлялись еще более примитивные, ранее преодолённые движения и жесты: потряхивания кистями рук, подпрыгивания, кружения, покачивания, которые вытесняли все другие целенаправленные действия.

Активный протест, недовольство и отказы также постепенно исчезали, заменяясь отрешением от всего. Дети переставали реагировать на просьбы, приказы, угрозы, наказания. Медленно, но неуклонно у них падал интерес к общению с родными. Если в первые месяцы болезни дети испытывали повышенную потребность в родительском внимании, не отпускали их от себя, то вскоре они как бы совсем переставали замечать присутствие и уход родителей. Эмоциональная реакция на сверстников также падала. Дети утрачивали способность сочувствовать чужой беде и сопереживать радость. Переставали обращаться с просьбами, все реже отвечали на вопросы. Речь упрощалась, фразы

укорачивались. Некоторые начинали повторять изо дня в день одни и те же слова и выражения. У некоторых детей появлялись эхолалия, неологизмы; личные местоимения в 1-м лице по отношению к себе заменялись местоимениями во 2-м и 3-м лице, начинали в основном использоваться безличные формы глаголов, вместо развернутых фраз — простые, наконец, междометия и нечленораздельные звуки. Изменялись тембр и модуляция голоса и смеха: смех становился беззвучным или неадекватно громким, или совсем пропадал. Наступал переход к аутистической речи, смазанной, шепотной, бормочущей. Почти полностью утрачивалось ее коммуникативное назначение. Одни дети переставали говорить и не произносили ни одного слова, кроме невнятных звукосочетаний, другие при большой аффективной заинтересованности и необходимости иногда использовали отдельные слова или короткие фразы, в которых отражались их редкие желания.

Дети теряли навыки самообслуживания. Неряшливо ели, разучались пользоваться ложкой, пищу хватали руками, плохо пережевывали, глотали ее крупными кусками! У некоторых изменялся аппетит: они отказывались от каш, киселя, мяса, молока. Обращало на себя внимание полное безразличие к одежде: дети не замечали налицо или наизнанку надета одежда и полностью ли, чисто ли платье, застегнуты ли пуговицы. Пропадали навыки опрятности: дети переставали пользоваться горшком, мочились в любом месте, становились неопрятны калом. Постепенно наступало полное отрешение от окружающего. Одни дети большую часть дня сидели или лежали, иногда бегали, «погруженные в себя», или все-таки играли своими руками, еще реже — игрушкой: вертели, или просто держали ее в руках. Временами на секунды останавливали свое внимание на окружающих предметах, мебели, которые попадали в их поле зрения. Тогда они могли коснуться их кончиками пальцев. Одни дети при этом что-то бормотали, другие оставались молчаливыми. Такое поведение однообразно повторялось изо дня в день. Перечисленные расстройства обычно формировались в течение 3—6 мес, редко дольше.

Родители не сразу замечали изменения в поведении ребенка, а обнаружив их, старались объяснить перемену сопутствующими патогенными факторами. К ним обычно относили соматические заболевания и незначительные психические травмы (острые респираторные заболевания, легкой и средней тяжести детские инфекционные заболевания, разлука с родными). В большинстве наблюдений удавалось установить, что соматогенная астения и такие явления, как раздражительная слабость, подавленность, аффективная неустойчивость после сомато- и психогении, вскоре исчезали. Состояние ребенка возвращалось к прежнему, а симптомы регресса появлялись позднее, т. е. практически не

обнаруживалась доказуемая причинно-следственная связь между наступающим падением активности jh психо- и соматогениями.

Вместе с тем не всегда полностью исключалось значение их как пускового фактора или их утяжеляющая роль, особенно при возникновении вредностей на фоне начинающегося регресса. В преимущественном числе наблюдений симптомы регресса выступали вне связи с внешними вредностями.

Болезнь начиналась исподволь, но манифестное состояние в этих случаях было почти неотделимо от развернутого и конечного. Средняя длительность инициального периода фактически точно неопределима из-за катастрофически быстро, спустя 3—6 мес, наступающего тотального регресса, которым по существу исчерпывались у детей все симптомы болезни. В этих случаях перечисленные регрессивные проявления следует рассматривать и как начальные симптомы болезни, и как признаки развернутого состояния.

Аффективные расстройства в манифестном периоде в сочетании с неврозоподобными расстройствами наблюдались у 19 детей (из них 4 девочки). Начало процесса в среднем приходилось у 4 больных на возраст 2 года 3 мес, у 15— на 3 года 8 мес. У последних расстройства в манифестном периоде были сложнее, страх и тревога были отчетливее и сочетались с гипногагическими галлюцинациями.

У некоторых детей вначале появлялись навязчивые движения, тикоидные подергивания и гиперкинезы в мускулатуре лица, плечевого пояса, туловища. У 2 больных отмечено заикание. Все дети тогда же становились беспокойными, аффективно неустойчивыми, недовольными окружающими. Обыденные мелкие причины, на которые дети прежде не обращали внимания, теперь вызывали раздражение, нередко с ажитацией, стремлением к самоагрессии; они с плачем метались, кусали свои руки, били себя по лицу. Временами они монотонно ныли, маятникообразно раскачивались. Неровное настроение сочеталось с беспричинными нелепыми протестами. Просьбы, особенно запреты, дети не выполняли. У них тут же возникали истероформные реакции с намеренным стремлением к показному: дети кричали, валялись по полу, совершали размашистые движения руками, ногами. Если родные не обращали на них внимания, старались дернуть, плюнуть, укусить их. Изменялся аппетит, снижаясь почти до полного отказа от пищи. У некоторых появлялась, гиперестезия, особая непереносимость необычных и громких шумов, прикосновения одежды, которую они часто сбрасывали с себя. Подавленно-тревожное состояние неоднократно сменялось более уравновешенным, — тогда у детей вновь возникали желания

играть, общаться с родными. Устанавливалось состояние хрупкой уравновешенности, готовое в любую секунду смениться взрывом недовольства с негативными поступками. Постепенно периоды облегчения укорачивались и состояние утяжелялось еще больше: у 4 детей в связи с присоединением симптомов регресса (у них начало заболевания относится в среднем к возрасту 2 года 3 мес), а у остальных 15 детей (с началом процесса в 3 года 3 мес) — в связи с нарушениями сна, усилением страха и появлением гипноагических галлюцинаций. У последних расстраивался ночной и дневной сон, дети подолгу не засыпали, что-то шептали, иногда просили лечь с собой кого-либо из близких. Ночной сон становился некрепким, незначительный шум будил больных; проснувшись среди ночи, они не засыпали до утра. Иногда дети пробуждались с плачем, в страхе. Дети в возрасте до 4 лет говорили, что им «страшно». Некоторые при этом отводили взгляд от определенных мест комнаты, отдергивали и прятали руки, словно боялись прикоснуться «к чему-то». Иногда при этом говорили: «там Винни Пух», «волк», «автобус». Лишь в отдельных наблюдениях, когда дети были убеждены и твердо проецировали вонне причину страха, определяя ее постоянным названием, у них можно было предполагать наличие гипноагических галлюцинаций.

У некоторых детей эти переживания сочетались с сенестопатическими ощущениями или тактильными галлюцинациями, тогда они уверяли, что их кусают насекомые. Ночные приступы страха повторялись. В нескольких случаях дети испытывали страх и в дневное время. В отдельные дни возникали раптоидные состояния. В таких случаях детей неожиданно охватывал острый страх: они метались, стремились куда-то бежать, плакали, срывали с себя белье. Если такие состояния наступали у детей вне дома, они могли неожиданно наброситься на посторонних, рвали на них одежду, падали в грязь, бежали, не осознавая опасности, на проезжую часть дороги. Продолжительность раптоидных состояний — от получаса до 1, редко 2 ч. После этого ребенок затихал на некоторое время, а затем сходные состояния повторялись.

В дальнейшем у этих детей периоды относительного успокоения укорачивались. Пропадала игра, видоизменялась речь, угасали аффективные реакции на окружающее. В поведении появлялись симптомы регресса. В этих случаях, несмотря на манифестацию болезни с аффективных расстройств, ее лабильности, тревожного настроения, т. е., казалось бы, нарушений, не предвещающих тяжелого исхода, распад психики наступал также довольно быстро.

Средняя длительность манифестного этапа у этих 15 детей была несколько больше, чем у 4 больных более младшего возраста, и

приближалась к 12 мес, на протяжении которых и обнаруживались все перечисленные расстройства, а затем к ним присоединялись регрессивные проявления, кататоноподобное возбуждение и состояния аспонтанности.

Катамнестическое наблюдение в среднем 10-летнего возраста показало формирование у детей глубокого олигофреноподобного дефекта. Периодически у них возникали колебания настроения: сниженное настроение с адинамией и аспонтанностью сменялось более активными состояниями с повышенным настроением, усиливающимися двигательными стереотипиями, импульсивностью. И так же периодически наблюдалось углубление кататоноподобных проявлений, появлялся страх, галлюцинации.

Больной Я, 1968 г. рождения. По линии отца и матери много родственников со странностями в характере и одаренных. Бабушка по линии матери педантичная, тревожная. Дед по материнской линии летчик, отличался безудержным нравом. После выхода на пенсию стал мрачным, запил и вскоре трагически погиб в катастрофе. Мать — филолог, талантливая, активная, работоспособная. До юношеского возраста робкая, чувствительная. На протяжении последующих 15 лет перенесла ряд стертых депрессивных и смешанных состояний с подчеркнутыми влечениями, истероформными и психопатоподобными чертами в поведении. Отец — врач, холодный, с семьей не живет, сыном не интересуется. В подростковом возрасте — асоциальное поведение, в последующие годы отличался патологической недоверчивостью, периодически возникали спады работоспособности, страх.

Обследуемый от беременности, протекавшей с токсикозом. Роды на 36-й неделе беременности, сухие. Масса тела новорожденного 2800 г, длина 49 см. К груди приложен на 3-й сутки, сосал активно. В грудном возрасте спокойный, на дискомфорт не реагировал. Раннее развитие с опережением. В 1 год 3 мес говорил фразами, называл части тела. После года шаловливый, веселый. Обращал внимание на детей, но играть предпочитал один. К полутора годам пересказывал наизусть большие стихотворения, однако просьбы выражал в неопределенной форме: «Дать». Не переносил открытых дверей — тут же прикрывал их, не любил перестановок в доме — если вещь исчезала со своего места, тут же замечал, беспокоился, плакал. Одежду даже с маленькими пятнами грязи требовал снять. Любил машины и прогулки по новым местам. С 2-летнего возраста стал суетливее, меньше интересовался играми. С 2 лет 8 мес периодически становился тревожным, увидев мух, требовал их прогнать, что-то бормотал. Спустя месяц состояние еще более ухудшилось. Просыпался с плачем, кричал до посинения, катался по кровати, старался сбросить с себя

одежду, разбрасывал постельное белье, кусал себе руки, щипал, бил себя. Ничто не успокаивало. Неожиданно при этом начинал озира́ться, говорил: «Бабочка летает» (это было в зимнее время). При разубеждении всматривался перед собой в пространство и утверждал: «Там бабочка». Когда показали книгу с рисунками бабочек, чтобы успокоить, бросил книгу, истошно закричал, спрятался. В последующие 2 мес «глупел на глазах»: перестал играть, ничто его не привлекало, вопросов словно не слышал, глядел и как бы не видел ничего вокруг. Если брали за руку, напрягался, дрожал, стремился вырваться, отбегал в сторону, протестовал любому воздействию. Лишь в отдельные дни на несколько минут, реже на 1—1/2 ч, наступало просветление, тогда снова отвечал на вопросы, вспоминал стихи, ненадолго сосредоточивался на чтении книги. В дальнейшем таких светлых промежутков становилось все меньше. На прогулку выводили с трудом, причем гулял только один и по одному маршруту. При виде детей возбуждался, кричал, мог стукнуть ребенка, схватить игрушку, тут же ее бросить. Иногда становился очень вялым, забирался под стол, кровать и лежал там часами — без движения. В другие дни нарастала суетливость, ползал, подолгу прыгал на диване, бегал, разбрасывал встречающиеся по пути вещи, иногда молниеносно выбрасывал их на улицу, сбрасывал все со стола. Если обращались с просьбами, совершал действия, обратные требуемым. С 3 лет 2 мес получал лечение сонапаксом, седуксеном, галоперидолом, но состояние продолжало ухудшаться.

В 3 года 6 мес на амбулаторном приеме, внесенный во врачебный кабинет, испытал страх, отбивался от родных, кричал, спущенный с рук, куда-то стремился, не давал себя осмотреть, не обращал внимания на уговоры. Через неделю при повторном осмотре вначале вел себя так же, кричал, стремился спрыгнуть с рук матери и тут же бежал к ней, на лице было выражение страха, в ужасе оглядывался, кричал еще громче. Примерно через 30 мин успокоился. Стал бегать по кабинету, не обращая внимания на врачей. Иногда касался предметов кончиками пальцев, изредка хватал игрушку и тут же выпускал ее из рук. Вопросов словно не слышал, на громкий стук реакции также не было. Только по требованию матери иногда начинал выполнять нужное действие, но не доводил его до конца и снова ходил по кабинету.

По физическому развитию отставал от сверстников. В неврологическом статусе патологических явлений не обнаружено. Из-за отказа родителей стационарировать ребенка он продолжал лечиться в домашних условиях галоперидолом, седуксеном, седативными средствами.

В возрасте 3 лет 8 мес — 4 лет настроение стало ровнее, приступы страха — реже, иногда во время такого приступа

кричал: «Боишься» Стал менее возбужден, реже выбрасывал вещи, легче засыпал. Иногда вдруг говорил близко к сути: что-то испортит и скажет, что «сломал бабкин шкаф». Вспоминал прежние Слова, особенно те, которые узнал в 2 года до болезни. Иногда выражал словами просьбы: «Дать бутербродик». Однако в целом поведение оставалось однообразным и трафаретно повторялось изо дня в день. Нового не приобретал, навыками самообслуживания не владел. Периодически вновь возбуждался: бегал, прыгал, чего-то боялся В течение последующих 4 лет состояние мало изменилось.

В 8 лет 6 мес лечился в психиатрической больнице. В отделении пассивно подчиняем Спонтанно к персоналу не обращался. При попытках вовлечь его в занятия, игру отходил молча в сторону от всех. Бездеятелен. Ел и одевался с посторонней помощью, в туалет сам не просился. Настроение ровное. Страха не было. При напоминании о бабочках никакой реакции не возникало. Приходу матери радовался, лез к ней в сумку, доставал сладости, нередко тут же уходил в сторону от родных и съедал гостинцы. За врачом повторял простые слова, определял название предметов обихода, при квалификации действий испытывал затруднение. Произношение слов то лепетное, напевное, то отчетливое. Запас знаний резко ограничен, имеющимися знаниями не пользуется. Предоставленный самому себе, может подойти к врачу, взять его руку, как вещь, покрутить стрелки часов, открыть кран, пустить воду, включить и выключить телевизор. По побуждению водит карандашом по бумаге, пишет некоторые буквы, тут же рвет лист на кусочки. Ни к кому не привязан. Детей сторонится. Кровати своей не знает, но идет в свою палату, знает место за столом. Иногда бегают, трясет кистями рук, что-то бормочет, импульсивен.

Нарушений в неврологическом и соматическом состоянии не выявлено. Анализы крови и мочи без патологии.

Состояние больного приближалось к конечному, его определяли явления диссоциированного олигофреноподобного дефекта, резидуальные кататоноподобные расстройства, отрешенность от окружающего, отсутствие элементарных контактов с персоналом и детьми.

Заболевание началось в возрасте 2 лет 8 мес подостро, с тревожного настроения, страха, зрительных галлюцинаций. Спустя 1—2 мес наступил регресс поведения, тогда же присоединилось кататоноподобное возбуждение, которое сменялось состояниями акинезии. Кататоноподобное возбуждение характеризовали моторное возбуждение в сочетании с негативизмом, импульсивными поступками, амбивалентностью и явлениями мутизма. Болезни предшествовало искаженное развитие: опережающие сроки

раннего развития при задержанном становлении самосознания, недостаточность контактов со сверстниками, черты педантизма, утрированной чистоплотности. Особенностью развития конечного состояния является способность к развитию, хотя и незначительная, а также сохраняющаяся тенденция к прогрессированию болезни, о чем говорит периодическое утяжеление состояния больного на всем протяжении заболевания. Наконец, за 8 мес до манифестации процесса появились первые признаки болезни в форме неотчетливого падения активности. Остается только подчеркнуть отсутствие психозов и явной шизофрении у родственников пробандов по обеим линиям родства. Манифестные расстройства третьего типа, характеризовавшиеся лабильностью настроения, аффектом тревоги, ощущением антипатии к родным и опасением принимать пищу, наблюдались у 7 детей (из них 3 девочки). Начало процесса в среднем приходилось на 5—6-летний возраст, если не считать, что почти у всех больных еще раньше были отмечены транзиторные психотические эпизоды.

К первым симптомам болезни относились неврозо-подобные расстройства: тики, гиперкинезы, лишние движения. И тогда же начинали обнаруживаться неустойчивость аффекта, взрывчатость, несдержанность, легко возникающие плач, крик. Первое время раздражение у детей снималось под влиянием уговоров, а затем простые требования, смена одежды, перемена места пребывания, прогулки, возвращение домой, неудача в играх— все это вызывало взрыв недовольства и плач, крик, реакции протеста. Нарастал негативизм, дети все делали наоборот, например их причешут, а они тут жр растреплют волосы и т. д. Нередко они ощущали необычность своего состояния и говорили родным: «Я заболела, голова не такая». Тогда же начинала обнаруживаться и гиперестезия, особенно непереносимыми становились непривычные звуки, прикосновения. Повышенная чувствительность сочеталась со страхом. В непривычной ситуации ребенок пугался. Вначале дети искали помощи: бежали к родным; услышав неприятный звук, прятались за мать, а затем нарастала отчужденность, контакты с родными нарушались, дети переставали делиться своими опасениями, переживаниями. Беспокойство, тревога, страх временами резко усиливались, возникали суетливость, метание, бег, завершавшиеся двигательной бурей. Дети в страхе куда-то стремились, размахивали руками, бросались на пол, бились головой о предметы, отпихивали взрослых ногами, если им помогали. Если их удерживали, они кричали, визжали, взрывались. Предоставленные самим себе, не успокаивались, металась и становились еще более тревожными. Внешний вид ребенка в этот период отражал состояние глубокого напряжения и страха. Реакция двигательной бури сменялась затишьем, дети становились вялыми, однако в мимике лица напряжение оставалось. Они что-то неразборчиво шептали или беззвучно

шевелили губами, неожиданно оглядывались, чего-то пугались. Состояние это не однообразное. В течение дня возникали периоды ослабления напряжения с возрастом относительно адекватного поведения, прежней живости, но эти просветы становились все реже и короче. Напряжение, недовольство нарастали к вечеру. Тогда ребенок не ложился спать, в беспокойстве все время менял положение, ходил.

Ночной сон становился поверхностным, прерывистым. Дети просыпались с криком, плачем, в страхе оглядывались по сторонам. Определить с уверенностью причину страха у этих больных трудно. Был ли страх безотчетным отражением отмечаемой в это время тревоги или следствием присоединения иллюзорных и галлюцинаторных расстройств, или только усиливавшейся способности к воображению, с представлением устрашающих образов, выяснить у больных не удавалось. Переживание страха у них аутистическое и контакты с родными почти отсутствовали. Дети в это время не обращались к родным, отстранялись от ласк, не давали к себе прикоснуться, отталкивали от себя всех, кто пытался их утешить. В этот период и возникало вдруг беспричинное недоброжелательное отношение к одному из членов семьи. У одних детей это отношение оправдывалось ощущением, что этот родственник им «чужой», у других антипатия никак не объяснялась. При расспросе дети объясняли свою недоброжелательность по-разному: «У него черные глаза», «Он черный», «Она старая». Чувство неприязни не корригировалось извне, больные не поддавались разубеждению. Нередко родные, доведенные до отчаяния неправильным отношением ребенка, прибегали к активному принуждению, побоям. Естественно, что это не оказывало желаемого действия. Чувство антипатии нередко было так сильно, что больные дети не оставались в одной комнате с человеком, к которому оно проявлялось. В присутствии этих лиц они суеились и причиняли им всяческий вред: толкали, щипали, плевали, ударяли их. Неприязненное отношение иногда распространялось и на другого члена семьи, которого дети также начинали чуждаться.

Тогда же у некоторых пациентов появлялось и особое отношение к пище. Прежде чем есть, дети заставляли родных попробовать пищу. В этом случае они не высказывали общепринятых идей отравления, у них это выражалось в страхе съесть «плохую пищу». Некоторые при этом начинали опасаться есть грязными руками, помногу раз мыли их, не высказывая идей заражения, некоторые говорили, что боятся испачкать пищу.

На этом этапе состояние у одних детей несколько стабилизировалось, у других продолжало утяжеляться, и тогда появлялись иллюзорные зрительные обманы чувств. Пятна на стене, полу неожиданно казались насекомыми.

Галлюцинаторные расстройства сопровождались чувством страха: дети кричали, прятались, опасались быть «укушенными». Затем наступало состояние тревоги с растерянностью. Дети озирались, в беспокойстве чего-то искали, не узнавали родных и места, где они находятся. Сидя на коленях у матери, спрашивали: «А где мама?». Тут же правильно называли ее и вновь в тревоге отшатывались, явно пугаясь ее вида и не узнавая мать. Сон окончательно расстраивался. Периодически тревога и страх сопровождались ажитацией, а затем присоединялось кататоноподобное возбуждение с импульсными поступками, мутизмом. Еще позднее формировались конечное состояние и задержка развития.

Приводим наблюдение злокачественной шизофрении, начавшейся подобным образом.

Больная К, 1961 г. рождения. Мать, 1931 г. рождения, воспитательница в детском саду, кончила заочное отделение педагогического института. Застенчивая, робкая. К ребенку привязана, тяжело переживает болезнь дочери. Отец, 1930 г. рождения, рабочий. Скрытный, раздражительный, деспотичный, холодный. Бабка по отцовской линии сварливая, неадекватно подозревает окружающих в воровстве, в том, что ей причиняют «зло», «оговаривают», в семье невыносима. В чувствах полярная: то расположенная, то неожиданно злобная, придирчивая, недоброжелательная. Дядя по линии отца оставил семью из-за тяжелого характера матери.

Обследуемая от нормально протекавшей беременности и родов. В грудном возрасте неплаксивая. Голову держала к 3 мес, сидела к 6 мес, ходить стала к 12 мес. Рано гуляла, к году произносила первые слова, к 2 годам говорила фразами. Радовалась матери, отцу. По развитию опережала сверстников, любила новые игрушки, одежду, была чистоплотной. В играх копировала взрослых, была приметливой, сообразительной, подвижной, ловкой, всегда находила сама себе занятия. С годовалого возраста отмечалась одна особенность: не отвечала посторонним людям. Если называли немой, сердилась, но все равно не называла даже своего имени.

С 2 лет отказалась от дневного сна, но оставалась активной, бодрой. В 3 года привезена в деревню родителями. Там неожиданно стала бояться теней. Страх держался на протяжении месяца и прошел без лечения. После этого в возрасте 3—4 лет была здоровой, но реже, чем прежде, обращалась с просьбами и вопросами к родным. С 4 лет стала молчаливой: при расспросах выявлялась полная ориентировка в окружающем.

В 4 года 8 мес стала тревожной, капризной, делала все наоборот.

В последующие 2 мес тревога нарастала. Неожиданно возненавидела бабушку, прогоняла ее, била, кусала, кричала, что она «чужая». Ничего не брала из ее рук, сладости топтала, хотя видно было, что испытывала желание съесть их. Иногда родители прибегали к наказаниям. Состояние утяжелялось, со слезами вставала и ложилась, все было не по ней, всем моментально пресыщалась. Не давала себя стричь, отказывалась идти в баню. Если умывали, тут же пачкала себе лицо. В 5 лет 2 мес вывезена на воздух в деревню. Ё дороге при укладывании спать возбудилась, кричала, боялась темноты, требовала взять ее на руки, не узнавала мать. На месте маленькие пятна на стене называла клопами, боялась, что они ее укусят, отстранялась от матери. Обращенные к ней фразы повторяла дословно. Игрушек не замечала. Появилась неуверенность в действиях. Временами приходила в неистовство: рвала на себе волосы, одежду, разбрасывала вещи, попадавшие в поле зрения, билась головой о стену. Когда девочка на некоторое время успокаивалась, родители, стараясь ее развеселить, приглашали сверстниц, но больная отнимала у них игрушки и говорила, что они ей надоели, просила их прогнать. Приведенная домой, оставалась тревожной, боялась кого-то, пристально вглядываясь в сторону шкафа, требовала, чтобы сказали кто там. С 5 лет 4 мес в течение месяца лечилась в детском отделении психиатрической больницы. Инструкций не выполняла, повторяла дословно обращенные к ней вопросы, подолгу ходила взад — вперед по палате. Выражение лица было отрешенным, улыбка сменялась выражением испуга, вздрагивала, тут же кричала, стремилась куда-то. На уговоры не реагировала. Засыпала. лишь в присутствии персонала. Сон прерывался неожиданно, просыпалась с криком, плачем, чего-то боялась. Лечение элениумом, мепробаматом, седативными средствами без эффекта. Выписана по просьбе матери. По выписке из больницы оставалась в плохом состоянии. Утром- с трудом поднимали с кровати. Сама не одевалась, не ела. Попадающиеся в руки предметы ломала, разрывала одежду на мелкие части, пальцами словно скатывала шарики хлеба. На улицу выводили с сопротивлением. Просьб не выполняла, обращенную речь иногда повторяла. Постепенно состояние стало несколько улучшаться. Девочка вновь стала прислушиваться к словам матери, выполняла некоторые ее просьбы, улучшился сон, стала есть сама. Но в 6 лет 2 мес состояние еще больше ухудшилось. Проснувшись, тяжело вздыхала, била себя по голове, кричала: «Оторвите мне ату голову... Надоела голова». Стала отгонять от себя мать, иногда называла ее «туристкой, сердиткой». То что-то бормотала, то шептала, то повторяла обращенные к ней слова. Периоды беспокойства сменялись состояниями обездвиженности с пассивной подчиняемостью.

В возрасте 6 лет 3 мес в течение 2 мес лечилась в психиатрической больнице. Правильного телосложения, со

стороны внутренних органов патологии не выявлено. Анализы мочи и крови — норма. В неврологическом статусе патологических признаков не выявлено. На рентгенограмме черепа умеренные черты гидроцефалии.

Психический статус: помещение в больницу перенесла тяжело. В первый день в боксе была беспокойной, стучала в стекла, выкрикивала отдельные слова, повторяла обращенные к ней фразы. Игрушки бросала. Иногда по просьбе вставала, садилась. Себя не обслуживала. В последующие дни неопрятна, мазала себя калом. Ела только из рук, издавала нечленораздельные звуки. Ничто не привлекало ее внимание. Подолгу сидела или лежала в одной позе. Внезапно вскакивала, делала несколько прыжков и вновь садилась. Временами вся сжималась, со страхом вглядывалась в угол палаты, шевелила в ужасе губами, а затем вновь сидела неподвижно. Ночью в страхе просыпалась, не отпускала от себя персонал.

Лечение галоперидолом, тизерцином, а затем стелазинем, аминазином, триптизолом безуспешно. Большую часть дня лежала или сидела на одном месте у стола. Сон был прерывистый, страхи оставались. Иногда по утрам, когда в палате было тихо, пыталась играть, переключивала из руки в руку игрушку, что-то лепетала. Однажды сказала внятно «Я не ем такого». Иногда недолго глядела на игру детей, затем забиралась под кровать и лежала там в бездействии. Временами дурашливо смеялась, онанировала, целовала свои руки, просилась на колени к персоналу. На свидании с родными отталкивала мать, отца то тянула за руку из отделения, то тут же сажала, клала голову ему на колени, давала себя обнять. Выписана практически без улучшения.

С 6,5 до 16 лет находится в домашних условиях, получает нейрорептики и транквилизаторы. Большую часть времени бездеятельная, пассивная. Периодически становится напряженной, бежит, прыгает, выбрасывает вещи на улицу, в страхе вглядывается всегда в один и тот же угол комнаты, кричит, произносит что-то невнятное. Тогда же усиливается неприязнь к бабушке, с ожесточением бьет ее, толкает, стремится досадить. Мать со временем стала признавать, полностью от нее зависит. Одевается с ее помощью. Ест вяло. Изредка, испытывая страх, стремится в кровать, закрывается с головой одеялом. Просьбы выражает то жестами, то 1—2 словами.

Обследована нами в возрасте 16 лет 2 мес. Физическое развитие соответствует возрасту. Половой метаморфоз завершен. Со стороны внутренних органов без патологии. На прием приведена матерью, вначале не отпускала ее от себя. На вопросы врача не отвечает, лишь иногда эхоталично повторяет последние слова

или слоги вопросов. На те же вопросы, заданные ей матерью, отвечает. Таким образом удается установить, что запас знаний больной ограничен элементарными бытовыми представлениями. Называет предметы на картинках в букваре, при определении действий затрудняется, знает цвета, детские стихи, части тела, свое имя, город, в котором живет. Куклу гладит, кубики отодвигает, книгу листает, не фиксируясь на картинках, а привлекает сам процесс листания страниц Осмотру сопротивляется, раздевается с помощью матери. Движения неловкие. Побуждения легко иссякают, многие действия оставляет незавершенными. Предоставленная самой себе, надолго остается в полном бездействии, затем неожиданно вскакивает и ходит по кабинету. Выражение лица изменчивое то настороженное, то отрешенное, то озаряется улыбкой, то начинает гримасничать. Плюет на пальцы рук или лижет их, а затем касается ими стен, стульев. На вопрос, хочет ли пойти домой, беспомощно оглядывается на мать, затем берет ее руку и, ни слова не говоря, тянет мать к двери.

Клинико-динамическое наблюдение больной на протяжении 11 лет дает возможность проследить течение болезни. При последнем осмотре состояние больной определяют недоразвитие олигофреноподобного типа, вялость побуждений, резидуальные кататоноподобные расстройства, сохраняющееся чувство антипатии к одному из родных, периодически актуализируются страх и, возможно, галлюцинации.

Заболевание возникло у ребенка с опережающим темпом психического развития, с чертами повышенной чувствительности, затрудненной адаптацией в новой обстановке, что сказывалось либо в элективном мутизме, либо в появлении страха. Заболевание манифестирует в 4-летнем возрасте с углубления аутизма, спустя 7—8 мес устанавливается аффективная неустойчивость с преобладанием тревожного настроения и негативизма. Это состояние на некоторое время как бы разрешается формированием чувства антипатии к одному из родственников. При дальнейшем углублении болезни тревожно-боязливое состояние с растерянностью, ложными узнаваниями, галлюцинациями завершается кататоно-подобным возбуждением, в дальнейшем формируется олигофреноподобный дефект. По форме течения данное наблюдение можно отнести к непрерывной злокачественной шизофрении.

Типы развернутых состояний при злокачественной шизофрении. Вслед за манифестным возникал развернутый период болезни. Несмотря на то что было трудно провести грань между ними, резкое утяжеление состояния со времени присоединения моторных расстройств и симптомов регресса давало основание относить их к феноменам развернутого периода. Структура развернутых состояний неоднородна. Помимо формы течения

процесса, она зависела от возраста и уровня развития ребенка на том этапе течения болезни.

Моторное возбуждение в сочетании с регрессом поведения, моторики, частично речи наблюдалось у 22 детей в возрасте от 1 года до 5 лет. В этом состоянии внешне дети выглядели отрешенно и вместе с тем стремились к ходьбе, бегу. Окружающее их не привлекало, на персонал, сверстников, игрушки они не обращали внимания. Их взгляд устремлен в пространство, временами как бы внутрь себя. Тогда оси глазных яблок то сведены к носу, то заведены вверх, что напоминало страбизм. На лице периодически появлялись гримасы: дети кривили рот, вытягивали губы в хоботок, раздували щеки, морщили лоб, поднимали брови, шевелили губами. Помимо постоянной ходьбы, дети совершали разные движения: потирали руку об руку, вытягивали пальцы рук и тут же сжимали их в кулак, закладывали один палец за другой, быстро выбрасывали все пальцы вперед, могли сменить эти движения на супинирующие, резко выворачивая наружу ладони, вновь совершали перебирающие движения пальцами или потряхивающие движения кистями рук. Взмахивали руками, словно крыльями, закладывали вычурно руки за голову, за спину и тут же вращали кистями. Периодически напрягали мышцы торса. Руки, согнутые в локтевых суставах, прижимали к туловищу, затем поворачивали руки вокруг оси так, что ладони резко выворачивались наружу, а тыл кистей прижимался к бедрам. Походка в период возбуждения была у них особенная — манерный шаг, вприскок, сменялся обычным шагом, который мог сочетаться с неправильной постановкой туловища боком. Размеренный шаг перемежался ускоренным, — тогда дети совершали быстрые пробежки. Возможен был шаг с опорой не на всю ступню, а лишь на ее внутренний или наружный край, на носки. Наблюдалось припадание то на одну, то на другую ногу, и тогда походка напоминала походку прихрамывающего человека. Иногда дети ходили на резко распрямленных в коленных суставах ногах, словно с анкилозом коленных суставов, или чрезмерно сгибали ноги в коленях, стучая себя пятками по ягодицам. Нередко однообразно бегали по кругу или по прямой. Глаза при этом то щурили, то почти закрывали, то широко открывали. Перечислить все движения детей невозможно. Всем им были свойственны разболтанность и одновременно скованность, чрезмерность, гротескность размаха, ограниченность его, несоизмеримый ритм и темп, а в целом неловкость и нецеленаправленность. Все эти особенности и создавали причудливость, вычурность и манерность движений. У каждого больного движения носили только ему свойственный характер, налет индивидуальности.

Это своеобразие движений всякий раз ставит наблюдателя в тупик и постоянно требует исключения неврологических

расстройств. Однако своей манерностью, неожиданным исчезновением своеобразия и сменяемостью двигательных форм, движения всегда отличаются от похожих патологических неврологических симптомов органического происхождения. Такое моторное возбуждение сопровождается в разной степени выраженным негативизмом. Движения обычно трудно прервать, ребенок активно уходит от всех, кто пытается подойти к нему, усадить или уложить его. Просьбу совершить какое-либо другое движение больной оставляет без внимания. Если ребенка в таком состоянии взять за руку, он старается вырваться, освободиться от прикосновения, обычно не глядя на человека, берущего его. Игрушки в это время ребенок отталкивает, вложенные насильно в руку тут же или через короткое время отбрасывает или просто роняет, разжимая пальцы рук. Усадить таких детей можно только силой. Отпущенные, они тут же поднимаются и начинают ходьбу, бег и другие действия. Бег прерывается прыжками на одном месте с потряхиванием кистями рук. Периодически ходьба и бег перемежаются возникающим импульсивно смехом или слезами.

Даже если мать брала такого ребенка на руки, он все равно пытался освободиться. Правда, протест этот недлительный, истощающийся, ребенок затихал на руках у матери, оставаясь некоторое время пассивным, затем снова повторяя прежние попытки высвободиться. Характерно, что эти дети ходили и прыгали в течение всего дня, останавливаясь на очень короткие промежутки времени и не обнаруживали видимого утомления. Эти состояния обрывались как бы беспричинно. Бывали дни, когда ребенок становился вялым, подолгу сидел или лежал в бездействии. Несмотря на состояние аспонтанности, дети принимали вычурные положения. Например, подолгу стояли в кровати на четвереньках, упершись головой в подушку, или, резко согнув шею, плотно прижав подбородок к груди, упирались в подушку затылком, а сами сгибались в поясе. Иногда, согнувшись пополам в поясе, полустояли, привалясь боком к стене. Некоторые стояли на голове, другие свертывались калачиком, но не принимали эмбрионального положения. Будучи подняты, дети стояли, совершая амбитендентные движения, топтались на месте или делали шаг вперед и тут же отстранялись назад. Иногда на просьбу показать язык плотно сжимали губы, закрывали глаза. Временами произносили невнятные звуки, не открывая рта.

При проверке мышечного тонуса не застывали в приданных позах, а совершали отталкивающие движения и лишь после этого пассивно подчинялись персоналу. В отдельные периоды Дети были настолько пассивны, что полностью подчинялись всем манипуляциям, покорно следовали в процедурную, будучи усажены— длительное время не меняли позы. При этом истинной восковой гибкости с оцепенением у детей до 3 лет, а

чаще до 5 лет, не наблюдалось. Отмечались гипотония, иногда сменяющийся мышечный тонус. В это время дети были, словно глухие, не реагировали на зов, стук, хлопки; иногда у них все же можно было заметить реакцию в виде движения глаз или легкого поворота головы. Взора на человеке, обращающемся к ним, не останавливали, смотрели в пространство, вверх или активно отворачивались.

В течение дня у детей возникали стремления совершить направленное движение: они тянули руку к хлебу, игрушке. Нередко на полпути, не завершив движения, отводили руку назад, иногда повторяли несколько раз правильное и обратное действие. Если совершали правильное действие, то часто в ускоренном темпе, порывисто, угловато, но иногда по собственному желанию могли совершить сложное движение: вставляли ключ в замочную скважину, открывали холодильник, дверь.

Явных эмоциональных реакций у детей не было, кроме протеста и ухода от всех. Попытки завязать с ними игру не вызывали у них ответных желаний, а только стремление уйти. Кормление и уход за ними воспринимали с протестом. На лице не было заинтересованности, внимания, преобладали отсутствие выражения, маскообразность.

Сон был прерывистым, дети просыпались под утро или в середине ночи и подолгу лежали без сна. Иногда в ночное время стремились выбраться из кровати и ходили безостановочно по комнате. Эти выраженные состояния моторного возбуждения и аспонтанности перемежались с более спокойными состояниями, когда дети погружались в примитивную игру: вертели пальцами рук перед глазами, иногда брали игрушки, удерживали их и играли, постукивая ими, раздувая соринки, ползая за ними по полу на четвереньках; могли вдруг подставить стул к столу и, взобравшись на него, взять лакомство, или шли к нужной двери, когда их выводили на прогулку.

В период острого состояния трудно различать симптомы регресса и кататоноподобные расстройства. Все же можно отметить, что при отсутствии кататоноподобных расстройств в целенаправленных и игровых движениях могут принимать участие регрессивные и сложные движения, соответствующие возрасту ребенка. Однако в таких случаях они всегда совершаются с определенным эмоциональным отношением, элементами радости и, несмотря на однообразие движений, чаще сменяются. Тогда дети всматриваются в свои движения, улыбаются, производя их, не бывают импульсивными и негативистичными, амбивалентными.

Кататоноподобные состояния также нередко сочетаются с

расстройствами регрессивного типа, но наряду с ними в период кататоноподобного возбуждения эти же движения дети совершают импульсивно или с оттенком насильственности. Движения крайне однообразны. Подолгу не прерываются одни и те же действия, протекают они на «холодном» эмоциональном фоне и к тому же сочетаются с явлениями негативизма, амбивалентностью. Дети, выполняя эти движения, подолгу не испытывают утомления (внешне).

Еще труднее отличать полный мутизм от явлений полного регресса речи, нередко наступающего вслед за мутизмом. Выявление понимания речи, возможность эхоталии, речи в ответ на шепот, отставленных ответов дают основание предполагать мутизм кататоноподобной природы. У этих детей мутизм подобной природы нередко сочетается с частичным регрессом речи. При дальнейшем развитии болезни моторные расстройства носят характер резидуальных стереотипных движений. Моторное возбуждение, но без симптомов регресса (было обнаружено у 9 детей в среднем между 3 и 5 годами). Это возбуждение характеризовалось преимущественно ходьбой и бегом, которые периодически импульсивно прерывались еще более быстрыми пробежками в неопределенном направлении без чувства опасности, импульсивным смехом, криком, плачем. Ходьба при этом напоминала обычную, но ребенок не мог остановиться. Даже голодный, силой усаженный за стол, он хватал пищу, тут же выбегал из-за стола и продолжал свой размеренный бег, чаще всего по кругу, реже по прямой или от препятствия к препятствию. При этом больные дети длительное время не испытывали утомления, обычного для здорового ребенка, а если оно и возникало, то спустя несколько часов после начала возбуждения. Возбуждение протекало с чертами негативизма; при этом не удавалось отметить явлений восковой гибкости, гипертонуса, хотя при каждой попытке воздействовать на больного возникало активное стремление избежать прикосновений.

У одних детей возбуждение сопровождалось мутизмом. Некоторые из них ночью или днем в тишине, особенно в отсутствие людей неожиданно произносили, слова, фразы: «Позвать врача! Сиди здесь!» При этом, как правило, интонации были инфантильные, речь меняющегося темпа, а голос — тембра и громкости; то низкий, то высокий, то тихий, то переходящий в крик. Речь могла быть скандированная и напевная, смазанная и отчетливая. По построению фраз и отсутствию в такой речи проявлений регрессии можно было судить о преимущественном мутизме кататоноподобной природы.

У ряда больных моторное возбуждение сочеталось с выраженным идеаторным возбуждением: у детей 3—5 лет — в форме бормотания, у детей старше 5 лет — в виде бессвязных

воспоминаний. Структура моторного возбуждения сходна с описанной выше.

Речевое возбуждение выражалось в речевом напоре, периодически возникавшем в течение дня. Нередко на заданный вопрос дети начинали говорить по существу, но тут же отклонялись от темы и продолжали безостановочную и несвязную речь. На попытки прервать их не обращали внимания. Их речь представляла поток слов, слогов, обрывков воспоминаний, отрывочных фактов о настоящем, эхололию кем-либо произнесенных фраз. Дети говорили буквально до изнеможения, и если в начале речевого потока еще могли однообразно ходить, то затем обычно садились, а говорить продолжали. Ребенок сникал от усталости, бледнел, прислонялся к спинке стула или ложился на стол и все время говорил. В качестве примера приводим речь больного В.: «Аа... ну детей, красное... Никак не пускаете кабину... Дедушка закрыть хотел... Я куплю марозы-зы-ной и нап-цып-лю уха... Ребят-ки нап-ца-ли-рвать... Он тебя в тюрьму...» и т. д. Слова произносили то совершенно четко, то искажая вставками ненужных букв и слогов, пропусками букв, переиначивая слова, скандировали, разрывали слова и не договаривали слоги, контаминировали последние и первые слоги, рифмовали непонятные словосочетания: «Дзатцык-етцык». Воспоминания обычно отражали неприятные, печальные, устрашающие события, агрессивные желания кого-то убить, закопать в яму и т. п. При попытке заговорить с ними дети отворачивались, зажимали глаза, закрывали лицо руками. На стремление родных обнять отвечали также протестом, сбрасывали с себя их руки.

Однако у этих больных бывали периоды, когда они становились доступнее, могли сосредоточиться на заданиях педагога, точно провести линию карандашом, посмотреть картинки в книге, поддержать в руках предложенную игрушку. Но эти целенаправленные действия всегда прерывались импульсивными поступками с агрессией и вновь начинающимся моторным возбуждением. Больные опять стремительно ходили по палате, разбрасывали только что рассматривавшиеся ими картинки, игрушки, портили их, разгрызали, словно ничего не замечая вокруг. Походя ударяли встречных, сами не отбегали и не сопротивлялись, когда другие дети давали им сдачу. Если их заставляли слушать, отводили голову в сторону, на попытки поиграть с ними отворачивались, стремились уйти. Выражение лица становилось отрешенным, без проблеска внимания и заинтересованности. Такие больные напоминали автоматических роботов.

Наиболее тяжело протекающие состояния, когда вслед за манифестными расстройствами наступало выраженное

хаотическое кататоническое возбуждение, отмечены у 7 детей в среднем в возрасте 2 лет 10 мес. В таком состоянии дети, предоставленные самим себе, ни минуты не оставались в покое. Они метались по помещению, периодически совершая импульсивные, агрессивные действия. Движения хаотичные, беспорядочные: больные то стремительно перебегали с места на место, то останавливались в неподвижности, то с еще большей силой стремились куда-то. Их руки ни минуты не были в состоянии покоя. Они хватали попадающиеся на пути вещи, предметы, ломали их, ударяли встречных, пронзительно кричали, визжали. При попытке удержать их яростно сопротивлялись. Их ничто не отвлекало и не привлекало. Уложенные в постель, дети все время стремились вылезти из кровати, карабкались по сетке, свисали с нее по-обезьяньи, вниз головой, цепляясь ногами за прутья кровати. Когда их отпускали, они тут же выбегали на середину комнаты и совершали все новые и новые разрушительные действия. Молниеносно сбрасывали со стола клеенку, бросали стульчики или иногда вдруг, остановившись у стены, совершали карабкающиеся движения руками и ногами, словно продолжали ползти по ней. И тут же могли с неожиданной быстротой взобраться на стоящего рядом взрослого, стремясь ударить его, ткнуть пальцем в глаз. При нарастании напряжения с ожесточением рвали на себе белье, разрывали простыни, наносили себе повреждения, бились головой о стену, кровать, могли при этом сломать и выбить себе зубы, вырывали у себя волосы, истязали до ран руки и не плакали, «безмолвствовали». Иногда лишь издавали в ожесточении нечленораздельные звуки. Выражение лица было напряженное, временами искажалось гримасой страдания или недовольства. Дети отказывались от пищи, при кормлении их отталкивали тарелки, сбрасывали их со стола. Пищу, влитую в рот, выплевывали. Становились неопрятными, мочились в любом месте и даже опарывались при кормлении, некоторые удерживали мочу. Сон у таких больных тоже расстроен: чаще с вечера помногу часов дети не спали, засыпая под утро. Заснув с вечера, просыпались в 2—3 ч ночи и вновь погружались в состояние возбуждения, которое практически не поддавалось терапии. В периоды такого возбуждения дети худели, лицо становилось осунувшимся, нос заострялся, кожа приобретала землисто-серую окраску, под глазами появлялись синеватые круги, губы покрывались корочками, изо рта начинал исходить запах ацетона.

Хаотическое возбуждение у этих детей мало отличалось от хаотического кататонического возбуждения у взрослых — было более прерывисто и при нем, как и при всех других возбуждениях кататоноподобного типа у детей, отсутствовали некоторые симптомы, свойственные кататоническому возбуждению взрослых — не возникало гипертонуса, явлений

каталепсии, скованности, но всегда были импульсивность, негативизм, амбивалентность. Во всех этих наблюдениях хаотическое возбуждение— симптом прогностически неблагоприятный, так как вслед за ним обычно наступало конечное состояние.

Кататоническое возбуждение с явлениями оцепенения и негативизмом наблюдалось только у одного ребенка с непрерывной злокачественной шизофренией в возрасте 3V2 лет. Кататонно-гебефренные расстройства встречались у 6 детей (из них 4 девочки), в возрасте 5—8 лет. Эти состояния определяли моторное возбуждение на фоне быстро меняющегося настроения. Все состояние очень лабильно, при нем наблюдаются легкие переходы от возбуждения к правильному поведению, к агрессии со вспышками импульсивного возбуждения с дурашливостью, гротескным кокетством, подчеркнутостью влечений, характерной речью с нарочитыми пуэрильными интонациями, а иногда интонациями, напоминавшими взрослых, с нелепыми манерными ответами. Приводим краткую выписку из истории болезни.

Больная Г., 7/2 лет. Первые годы жизни развивалась опережая сверстников, однако после года очень робка и привязана к родным. Отданная в ясли в 1 год 3 мес, замкнулась и, несмотря на наличие речи, не отвечала на вопросы персонала. Дома также стала говорить меньше, появилась холодность к матери.

В 3 года 3 мес была вывезена с детским садом на дачу. Через неделю не узнала матери, не отвечала на ее вопросы. Лишь через несколько часов после встречи с ней стала отвечать шепотом, а затем обычным голосом.

В 5 лет помещена в санаторий для соматически ослабленных детей. Там остро развился страх, стала видеть страшные сны. Затем появилось ощущение, что в голове у нее «песни», боялась ложиться спать. Стала неприязненно относиться к пожилым женщинам, называя их «ведьмами». Уединялась, разговаривала сама с собой. Состояние неуклонно ухудшалось, спустя год присоединилось возбуждение с импульсивными поступками кататонно-гебефренного типа.

В 7/2 лет в больнице находилась в состоянии кататонно-гебефренного возбуждения. Не могла спокойно побыть ни минуты. Ходила по палате и тут же присаживалась на стул, вскакивала и вновь садилась уже задом наперед. Забрасывала ноги на спинку стула, затем садилась на стол, со стола пересаживалась на пол, наконец, усаживалась на корточки у ножки стула. Неожиданно гортанно кричала. Вновь вскакивала и ходила на цыпочках, говоря себе под нос: «Ну, думай, будто ты на шпильках. Можешь думать. Ну ходи же, ходи. А это сумочка».

Девочка при этом глядела перед собой, отводила полусогнутую руку и слегка помахивала ею, словно держала сумку. Ко всем проходящим мимо нее женщинам обращалась со стереотипными вопросами «А какие у Вас чулки? Это капрон или сеточка?» Не слушая ответа, отбегала, прыгала, поднимала подол платья, обнажалась, гримасничала, смеялась. А затем вновь ходила по комнате, имитируя походку кокетливой женщины, нарочито улыбалась, изгибалась в поясе, подчеркнуто двигала бедрами. Неожиданно прыгала на носках, что-то шептала и рифмовала: «Модель — водель» Становилась чопорной, прикрывала глаза рукой и отворачивалась, вытягивала губы хоботком, то открывала широко рот, откидывая назад голову. Неожиданно приседала, заглядывала под стол, что-то рассматривала на полу, вычурно складывала пальцы рук, подносила их к лицу и затем, подняв платье, терла себе живот. Тут же с пронзительным криком набрасывалась на персонал, детей, ударяла их. Так же внезапно успокаивалась, становилась чрезмерно ласковой, стремилась прижаться к любому прохожему или стоящему поблизости от нее человеку. И вновь опять была дурашлива, жеманна, говорила непонятно, с манерными интонациями и пафосом: «Ты пришла, моя мама, в октябрь, да? Да, школа...» Могла правильно назвать себя и сразу же говорила: «Таня Ченцова, Немцова...» На вопрос о возрасте отвечала: «Шесть, А что такое шесть? Маленькая, мне один годик, не умею... не люблю». И в то же время у девочки обнаруживался некоторый запас знаний.

Внешне неряшлива, неопрятна. С детьми не играла. В 8-летнем возрасте переведена в психиатрическую больницу, в отделение для детей с тяжелым поражением центральной нервной системы.

Рассмотренные кататонно-гебефренные состояния от кататонно-гебефренных состояний в более старшем возрасте отличала большая естественность поведения, наличие выраженного игрового компонента в поведении, неустойчивость и краткость этих состояний, перемежаемость его с другими типами моторного возбуждения.

Кататонно-галлюцинаторные состояния с признаками недоумения и растерянности, периодами зачарованности возникли подостро у 10 детей в возрасте 5—6 лет. Манифестировал процесс аффективной лабильностью, сменяющимися фазными расстройствами настроения, а у некоторых пациентов тревогой, антипатией к родным. В развернутом состоянии возникали кататоноподобное возбуждение, острая тревога, с напряжением, импульсивностью, агрессией. При утяжелении состояния развивались явления недоумения и растерянности. Дети утрачивали ориентировку в окружающем, не понимали, где они находятся, озирались, куда-то стремились. Лицо у них то

выражало недоумение, то становилось зачарованным. Дети перемещались по комнате. Так, слоёно перед ними было что-то в воздухе. Некоторые при этом вдруг произносили название игрушек и хватали пустоту. Иногда думали, что к ним пришла мать, и обращались к ней. По выходе из состояния растерянности говорили, что «ходили к маме».

У некоторых больных тогда же возникали аутистические устрашающие фантазии. Больным казалось, что «идут волки», «старые старухи», что окружающие вещи «смотрят» на них. В дальнейшем расстраивался сон. Дети не спали по несколько ночей подряд. Нарастала отрешенность, временами появлялись обманы узнавания (мать казалась чужой и т. д.). Днём дети оставались тревожными, со страхом вглядывались в определенные места помещения. Иногда тут же закрывали лицо руками и отшатывались. В этот период удавалось выявить наличие истинных галлюцинаций, а иногда одновременно и псевдогаллюцинаций. Больные то говорили, что в голове «музыка и песня», то испытывали неприятный запах от пищи («продукты плохо пахнут»).

Периоды резкого напряжения и страха сменялись то подавленностью с мыслями о смерти, то нелепой дурашливостью с беспричинным смехом, кривлянием, гримасничаньем, усилением влечений. Изменчивость клинической картины болезни наблюдалась несколько недель, а затем наступало состояние кататоноподобного или кататоно-гебефренного возбуждения и присоединялись расстройства регрессивного типа. Быстро формировалось конечное состояние с резидуальными кататоно-подобными, кататоно-гебефренными и галлюцинаторными расстройствами, шло формирование олигофреноподобного дефекта.

Следующие типы развернутого состояния обнаруживались в конце 1-го — начале 2-го года жизни. Представление о начальном периоде болезни основывалось в этих случаях главным образом на анамнестических сведениях и только единичных наблюдениях. Однако мы считаем нужным остановиться на них, чтобы поднять вопрос о ранних расстройствах, на которые необходимо обращать внимание при дальнейшем изучении детской шизофрении.

Проанализируем моторное возбуждение у больных детей 9—12-месячного возраста, когда они из вялых или обычных превращались в чрезвычайно активных: начинали преждевременно прыгать, стремились садиться, пытались вставать на ноги, их было почти невозможно уложить без пеленания. В противовес моторной активности эмоциональная реакция на мать, ее разграничение с посторонними людьми пропадали. Дети стремились укунить мать во время кормления,

отталкивали ее, некоторые отказывались брать грудь. Исчезали только что приобретенные навыки, снижался аппетит. Беспокойство сменялось вялостью. Подобные расстройства, перемежаясь, продолжались от нескольких недель до 2—5 мес. Таким образом, активность ребенка в период возбуждения только внешне напоминала физиологическую подвижность здоровых детей. В движениях больных детей становились заметны повторяемость, однообразие, смена возбуждения вялостью. Моторное развитие их не усложнялось. Начинали обнаруживаться эмоциональная монотонность и чрезмерная индифферентность к окружающему, а также: регресс некоторых навыков.

Если подобные состояния затягивались или возникали после становления ходьбы, наблюдался пропульсивный бег без учета опасности. Рассматриваемое общее моторное возбуждение на доступном этому возрасту больных уровне без явлений оцепенения, активного и пассивного негативизма, эхопраксией, амбивалентности трудно определять как кататоноподобное. Более всего «оно напоминало усиленную, приобретшую стереотипность, физиологическую деятельность ребенка. Однако в дальнейшем появлялись симптомы задержанного развития, что говорило о тяжести перенесенного состояния. Поэтому сходные состояния должны быть в дальнейшем предметом тщательного исследования.

Моторное возбуждение в раннем возрасте наблюдалось и в форме гиперкинезов, тиков лицевой мускулатуры, зажмуривании глаз, периодических напряжений в мышцах тела и рук. Подобные моторные расстройства сменялись аспонтанностью, при которой больные дети подолгу пребывали в расслабленной позе в постели, не реагировали на оклики, зов родителей, отказывались от пищи, у них развивалось истощение. Некоторые из гиперкинезов при этом напоминали судорожные приступы, которые именно так и диагностировались у 2 больных. Однако отсутствие потери сознания, сменяемость моторного возбуждения вялостью, затаем

характерный регресс слов, моторных навыков, безразличное отношение к родным, явления аспонтанности, а. не обычной постприпадочной вялости помогали отличать их от пароксизмальных расстройств при органических поражениях центральной нервной системы. Дальнейшие наблюдения за этими детьми подтвердили правильность предположения о наличии особых форм моторного возбуждения в виде гиперкинетических симптомов шизофренического происхождения. В более зрелом возрасте у 3 этих больных возникали возбуждения кататоноподобного типа. У 4 больных между годовалым и полуторагодовалым возрастом обнаружены только состояния вялости, без соматической и психогенной

провокации. У этих детей пропадали приобретенные навыки: они переставали сидеть, большую часть дня лежали, безучастные к матери, не шли на руки, не реагировали на голод, утрачивали первые слова.

Состояния вялости могли быть аффективной, кататоноподобной и регрессивной природы в круге маниакально-депрессивного психоза, психогений и шизофрении. Их трудно разграничивать. Степень нарушения; контактов, глубина вялости и акинезии, утрата навыков, безразличие могли иметь диагностическое значение при определении психопатологической сущности этих состояний. Полное отрицание контактов с утратой навыков наименее характерно для собственно аффективных расстройств эндогенной природы и скорее свойственно кататоноподобным или регрессивным проявлениям при шизофрении. Для фазовых эндогенных расстройств настроения характерна их сменяемость, большая яркость аффективных расстройств. В разбираемом случае мы сталкивались с возбуждением, агрессией, безразличием к окружающему и эмоциональной бесчувственностью. Следует признать, что дифференцировать кататоноподобную шизофреническую вялость и адинамическую депрессию при маниакально-депрессивном психозе или психогенных состояниях у больных этого возраста крайне трудно, а иногда невозможно.

Типы конечных состояний

Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)

Башина В.М.

У всех 42 больных злокачественной непрерывной шизофренией вслед за развернутыми развивались конечные состояния. Во всех наблюдениях процесс протекал катастрофически. Весь период от начальных признаков болезни (его манифестация, развернутое состояние) вплоть до формирования конечного состояния продолжался от 6 мес до 2—3 лет. У всех больных по прошествии указанного времени, независимо от преморбидных особенностей, развивался олигофреноподобный дефект. Его характеризовали черты регресса, тяжелого нарушения психического развития, а также резидуальные позитивные симптомы.

У 16 детей с регрессивными проявлениями в манифестном и развернутом периодах конечное состояние устанавливалось спустя 6—36 мес от начала заболевания (первый тип). Манифестация болезни и развернутый ее период у этих больных в среднем приходились на 2-й и 3-й годы жизни ребенка. После формирования конечного состояния (между 2—5 годами) наступала относительная стабилизация болезни. Клинику их состояний определяли расстройства контактов с родными и окружающими, бедность аффективных реакций, утрата речи и навыков, регрессивного типа движения, тяжелый

псевдоолигофренический дефект. На протяжении следующих лет наблюдалось однообразное состояние с поведением регрессивного типа. Только внешний облик ребенка, особенно лицо,» длительно сохраняли «отрешенно интеллектуальное» выражение, которое исчезало к 6—8 годам. Дети нуждались в уходе и надзоре. В привычной домашней обстановке они почти не обращали внимания на окружающих, не откликались на свое имя, их не удавалось вовлечь в игру или другие занятия. Предоставленные сами себе, они пребывали в собственном мире. Ни о чем не просили, изредка переключались из рук в руки игрушки, грызли, лизали, касались ею лица, постукивали о предметы. Иногда неожиданно узнавали их форму или цвет: могли разложить кубики по цвету парами, вложить нужные фигуры в доску Сегена, тем самым обнаруживая более сложные знания, чем те, что они использовали в своей привычной монотонной бездеятельности. Больные днем много двигались: прыгали, лазили, ползали. Речь не пользовались, хотя двое детей невнятно произносили 5—10 одних и тех же слов.

Обычно они знали распорядок дня, при подаче пищи стремились к столу. Ели неряшливо. Аппетит у одних был извращен, у других — повышен. В периоды стабилизации болезни сон был достаточен. Одни пассивно подчинялись, другие нередко противились смене привычного им ритма жизни.

Таким монотонным состояние у них оставалось на протяжении ряда лет.

После второго возрастного криза, который протекал по срокам позднее, чем в норме, т. е. между 8 и 9 годами, в некоторых случаях намечалось незначительное улучшение. У одних больных появлялась эхоталическая, подражательная речь, у других — способность напевать мотивы песен или воспроизводить слова песен, стихов, а коммуникативность речи так и не восстанавливалась. У некоторых больных на этом этапе возникало кататоноподобное возбуждение: моторное возбуждение с импульсивностью, вычурностью движений, амбивалентностью и негативизмом или состояния страха, безотчетной тревоги, стертых колебаний, активности: то вялость, пассивность, акинезия, то оживление агрессивных влечений, примитивной игры и регрессивных стереотипии. В такие периоды ухудшения больные дети и поступали в отделения для лиц с хроническими поражениями центральной нервной системы.

Рассмотренный тип конечных состояний обнаружен у 16 детей: из них у 14 отсутствовала речь, у 2 сохранялись отдельные слова, которые не использовались для общения.

Второй тип конечного состояния формировался у 11 больных. К

расстройствам регрессивного типа в развернутом периоде у них присоединялись кататоно-подобные расстройства в форме возбуждения и акинезии. На протяжении нескольких лет между первым и вторым кризовыми периодами состояние в основном характеризовалось регрессивными формами поведения, кататоноподобным возбуждением и олигофреноподобным дефектом. Из-за выраженного возбуждения, которое временами достигало состояния хаотического возбуждения с агрессией, такие дети нуждались в надзоре и уходе в больничных условиях.

Лишь на отдаленных этапах развития болезни, спустя 3—5 лет от начала заболевания, моторное возбуждение у некоторых больных сменялось менее выраженными фазными колебаниями активности. Тогда у детей оживлялась игра пальцами рук и частями тела, которая отдаленно напоминала игру младенцев первых месяцев жизни. Усиливались лазание, ползание, прыжки.

Сходный с рассмотренным тип конечного состояния формировался и у больных в манифестном состоянии, у которых было особое тревожное настроение, а в развернутом состоянии — хаотическое немое кататоно-подобное возбуждение, парциальное кататоноподобное возбуждение с речевым возбуждением. У некоторых детей и в конечном состоянии отчасти сохранялась речь.

Третий тип конечных состояний возникал у 15 детей, больных шизофренией, манифестирующей страхом, антипатией к родным, тревогой. В развернутом периоде обнаруживались тревожное напряжение, галлюцинации и кататоноподобные расстройства. В конечном состоянии оставались резидуальное кататоноподобное возбуждение, страх, эпизодически возникали галлюцинации. У этих больных регресс моторики был нерезко выражен. У 12 детей обнаруживался лишь частичный мутизм, у 3 — не было речи. Дети многие годы оставались бездеятельными, негативистичными и напряженными. На отдельных этапах конечного состояния у них периодически возникали расстройства настроения фазного характера: стертая гипомания сменялась субдепрессией, которая протекала с аспонтанностью. Дети большую часть дня лежали в постели или в тихом углу комнаты, не меняя положения, закрыв лицо руками или укрывшись одеялом с головой. Временами они выражали недовольство, хныкали, кричали, визжали, возникало моторное беспокойство. В таких случаях можно было предположить у детей появление слуховых галлюцинаций. Иногда возникали состояния тревожной ажитации. В целом эти состояния монотонны, плохо поддаются терапевтическому воздействию. Некоторое улучшение наступало в основном спонтанно. Дети становились веселее, активнее, стремились прыгать, кружиться. Походка у них приобретала пластичность. Появлялось речевое

возбуждение в виде невнятного бормотания или шепота, улучшался аппетит. Оживлялась примитивная игра: дети постукивали и потряхивали игрушками, листьями, лентами и т. п. Часто возникала раздражительность и агрессия. Временами дети дурашливо смеялись, гримасничали, валялись по полу, запихивали себе в рот мусор. Периоды вялости и возбуждения многократно сменяли друг друга. Это отдаленно напоминало континуальную смену фазных расстройств, но при этом все симптомы были грубее, аффективные расстройства — примитивнее.

Таким образом, клинико-динамическое и катамнестическое изучение 300 больных шизофренией детей, заболевших до 5-летнего возраста, послужило основанием у 42 (14 %) определить непрерывную злокачественную шизофрению. Ее характеризуют острое или подострое начало, выраженная прогрессивность, становление конечных состояний. При этой форме течения шизофрении были изучены манифестный, развернутый и конечный этапы болезни; обнаружена взаимосвязь между структурой психопатологических расстройств, онтогенетическим уровнем больных, этапом и формой течения шизофренического процесса.

Выделены три типа манифестных состояний (продолжительностью от 2 до 12 мес).

Регрессивный тип расстройств (у 16 детей, средний возраст начала заболевания 2 года 2 мес) определяли обеднение эмоциональных реакций, вялость побуждений, угасание присущей детям жизнерадостности, падение активности, отказ от игр, утрата приобретенных представлений, понятий, регресс речи, моторики, появление регрессивных стереотипии.

Под регрессом нами, как и другими авторами, понималась временная или окончательная утрата навыков с заменой их более примитивными. При этом картина не была идентична более раннему периоду развития, а формировалось состояние, мозаично изуродованное болезнью, не сравнимое с физиологически нормальными уровнями зрелости организма, в котором только отдельные формы деятельности имели отдаленное сходство с более ранними типами реагирования. При наличии проявлений регресса в клинической картине манифестного периода болезни бывает трудно доказать принадлежность таких случаев к шизофрении. Поэтому нами были разработаны дифференциально-диагностические критерии, помогающие отграничивать эти расстройства от близких им симптомов при других инфекционных, дегенеративных, наследственных заболеваниях центральной нервной системы.

На начальном этапе развития болезни, когда падала активность,

а собственно явления регресса еще не были отчетливо выражены, болезнь напоминала адинамическую депрессию. С ней прежде всего и приходилось разграничивать разбираемые состояния. Нередко только путем длительного наблюдения устанавливалось несоответствие между однообразным фоном настроения и все возрастающей утратой навыков. Когда же пропадала речь, видоизменялась моторика, становилось ясно, что указанные проявления регрессивного типа невозможно связать только с депрессией.

Однако и в начале шизофрении с проявлениями регресса отсутствовал ряд признаков, обычно свойственных шизофрении с аффективными расстройствами. Настроение при адинамической депрессии у детей никогда не бывало таким однообразно монотонным: в течение суток оно видоизменялось за счет качества депрессии, вдруг возникали слезливость, мимолетные соматические жалобы. У детей с хорошим интеллектуальным развитием уже в 3 года возможны были идеи неполноценности. Состояния акинезии прерывались моторным беспокойством. Отсутствовали выраженные регрессивные проявления при утяжелении болезни. Все эти особенности состояния и помогали отграничивать депрессивные расстройства от начальных симптомов равнодушия и адинамики при регрессе.

Еще труднее отличить анаклитическую депрессию от рассматриваемого типа начальных расстройств при регрессе. Анаклитическая депрессия, по Spitz (1946), возникала вследствие разлуки ребенка с матерью, в период между 6 и 12 мес жизни больного. В дифференцируемых наблюдениях регресс поведения формируется прежде всего вне связи с психогенией, обычно после года, хотя иногда наступает и раньше. В ряде случаев в дальнейшем к явлениям регресса присоединялись кататоноподобное возбуждение и аспонтанность. Эти не свойственные анаклитической депрессии расстройства помогали дифференциации явлений регресса и собственно депрессии.

Начальные расстройства при регрессивном типе манифестации шизофренического процесса отчасти напоминали и апатический симптомокомплекс при простой форме шизофрении. При шизофрении с проявлениями регресса утрата речи и регресс моторных навыков наступали в более быстрые сроки, что уже вскоре, спустя 2—3 мес снимало предположение о простой шизофрении, наступающей исподволь в значительно более длительные сроки (2—3 года).

Анализируемое состояние с проявлениями регресса всегда приходилось отграничивать от распада и деменции при энцефалитах (инфекционных поствакцинальных), энзимопатических олигофрениях и других заболеваниях центральной нервной системы, что особенно трудно сделать на

ранних этапах болезни. Как бы ни был тяжел распад при органическом поражении центральной нервной системы, реакция на окружающее у больных детей оставалась адекватной, хотя и в ограниченных пределах. У детей, больных шизофренией, проявления регресса сочетались с тусклой, часто извращенной либо полностью угашенной реакцией на окружающее. Общение у них пропадало скорее не из-за регресса речи, моторики, а из-за отсутствия эмоционального отклика на окружающее. Особенно характерны при шизофрении с регрессом изменения речи, флюктуация речевых расстройств, неустойчивость темпа и тембра речи, а также появление в начале болезни примитивных форм речи при сохранности еще высокоорганизованных форм речи. Характерны также изменения моторики в виде особых движений рук атетозоподобного характера, прыжков с отталкиванием кончиками пальцев от опоры. Имела значение и неравномерность регресса поведения с его диссоциацией в форме внешне резко измененного поведения при частично сохранившейся способности к более высоким формам поведения. У обследованных детей, больных шизофренией с регрессом, отсутствовали неврологические признаки повреждения центральной и периферической нервной системы, а также симптомы повреждения костной, кожной, мышечной и других тканей, а также не было депигментации, экссудативных расстройств, изменений глазного дна, ликвора, крови, характерных для других дегенеративных и энзимопатических процессов. Дополнительные факты для исключения органического поражения головного мозга давали ЭЭГ и рентгенограмма черепа. Некоторое значение имел возраст ребенка в начале развития процессов этого типа. Шизофрения с проявлениями регресса возникала преимущественно до 3 лет, тогда как *dementia infantilis* Гейлера — чаще между 3 и 5 годами, фенилкетонурия — в первые месяцы, не позднее первого года жизни. Для дифференциального диагноза имели значение и клинико-генеалогические данные о семьях этих больных, в которых у родственников обнаруживались редкие психозы и в основном психопатические нарушения шизоидного круга.

Остановимся на трудностях, встретившихся при разграничении проявлений регресса и кататонических расстройств в клинической картине детской шизофрении. У изученных детей регрессивные проявления могли быть как самостоятельными, так и сочетаться с любыми другими расстройствами (кататонические, аффективные, неврозоподобные). Когда проявления регресса сочетались с кататоническими расстройствами, в клинической картине появлялись черты, присущие последним. Они выражались в импульсивности, амбивалентности, негативизме, неустойчивости мышечного тонуса, в сменах возбуждения состояниями с акинезией. Если этих симптомов в статусе не было, а обнаруживались только регресс речи, моторики, навыков, состояние вряд ли можно

определять как кататоническое. Отнесение только регрессивных проявлений к кататоническим нередко приводило к неправильной квалификации состояния с регрессивными проявлениями как острого кататонического и вело к неэффективному лечению массивными дозами нейролептиков, тогда как было необходимо применять лечение стимуляторами (гаммалон, аминалон), седативными средствами.

С каким типом психопатологических расстройств при шизофрении у взрослых соотносятся обнаруженные у детей, больных шизофренией, проявления регресса? «Лежит ли в их основе падение энергетического потенциала? Подобный тип нарушений отмечен при злокачественной юношеской шизофрении Р. А. Наджаровым (1965) и др. Или, как предполагают В. Kothe (1957) и А. Н. Чехова (1963) и др., эти состояния связаны с деструкцией. Сказать однозначно о проявлениях регресса трудно. Вероятнее всего, в их объяснении допустимы оба варианта. Тогда в первом случае проявления регресса обратимы, во втором — необратимы. Это и наблюдалось у наших пациентов в зависимости от формы течения шизофрении. К тому же следует подчеркнуть, что» феномены тяжелого регресса более всего характерны для «шизофрении, развивающейся у детей до 3-летнего возраста.

Второй тип манифестных расстройств при непрерывной злокачественной шизофрении отнесен к так называемому тревожному шизофреническому настроению (у 19 больных в среднем в возрасте 2 лет 9 мес). Его определяли неустойчивое настроение, тревога, взрывы ажитации, к которым у детей старше 3-летнего возраста присоединялись эпизоды гипногагических зрительных галлюцинаций и сенестопатических ощущений.

Третий тип характеризовали лабильный аффект, тревога, чувство антипатии к родным или отрицательное отношение к пище (у 7 больных в возрасте 5 лет 3 мес).

Разный возраст детей в период первого проявления перечисленных трех видов манифестных расстройств подтверждает, что они зависят не только от формы течения шизофрении, но и от возраста ребенка, в котором возникает болезнь. Таким образом, в формировании синдромов, манифестирующих при шизофрении у детей, большое место принадлежит возрастному патогенезу.

Вслед за манифестными состояниями у большинства больных в развернутом периоде болезни возникали гиперкинетические расстройства, проявления регресса, двигательное возбуждение кататоноподобного типа с регрессом и без него, с мутизмом или речевым возбуждением типа речевого напора; у детей старше 3-

летнего возраста — кататоно-гебефренное, кататоноподобное в сочетании с отрывочными галлюцинациями, кататоническое возбуждение.

Для кататоноподобного возбуждения характерен неполный симптомокомплекс расстройств, присущих кататоническим синдромам при шизофрении у взрослых. Это выражалось в том, что отсутствовали явления оцепенения, восковая гибкость, не было отчетливых персевераций, наблюдались регрессивные симптомы, что затрудняло квалификацию перечисленных форм моторного возбуждения как кататонических.

Изученные типы моторного возбуждения отличались произвольностью появления, отсутствием связи движения с целенаправленностью, автоматизацией их, стереотипным повторением, невозможностью их прерыва по воле больного даже при воздействии извне, способностью к периодическому их затуханию в течение суток и возникновению без внешних причин. При наличии кататоноподобного возбуждения обнаруживается гипотония или сменяющийся мышечный тонус: от легкой гипертонии — к гипотонии с пассивной подчиняемостью; явления негативизма в форме активного устранения от любого воздействия с быстрым истощением сопротивления; манерность движений и поз с индивидуальной окрашенностью их у каждого больного, амбивалентность, незаконченность движений, обрывы их на полпути.

Кататоноподобное возбуждение сочеталось с частичным и полным мутизмом и регрессом речи. Отмечены также непостоянство в произношении одних и тех же звуков, неологизмы, контаминации, эхолоалия, симптом Павлова (речь в ответ на шепот, разговор с самим собой в одиночестве и тишине, в ночное время), отставленные ответы, ответы после повторных вопросов, фонографизм Трамера, негативистические противоположные ответы. Все упомянутые расстройства речи, как и особенности моторики, моторного возбуждения, акинезии и т. д. давали основание предполагать их кататоноподобную природу. В пользу этого также говорило и усложнение кататоноподобного возбуждения с возрастом в виде присоединения состояний оцепенения, явлений восковой гибкости, симптомов воздушной подушки (возникновение в более раннем возрасте положения по типу «ежа»), а в более зрелом — эмбриональной позы, т. е. появления всего симптомокомплекса моторных и других расстройств, которые уже можно называть кататоническим.

Возрастной особенностью собственно кататонического возбуждения, наблюдавшегося у детей 5 лет и старше, была меньшая его выраженность, что находило отражение в большей податливости ребенка к воздействиям со стороны, краткости

состояний оцепенения (часы, редко отдельные дни), отличии внешнего вида больных детей от вида взрослых больных с кататонией. Маленькие больные скорее напоминали детей, погруженных в «особую» деятельность. Их осанка, походка, движения, хотя внешне и без чёткой скованности, были манерными, обнаруживалась неравномерность темпа движений, их прерывистость, меняющийся мышечный тонус, угловатость наряду с пластичностью, а временами с грациозностью движений.

Активный уход от прикосновений выражался в том, что ребенок сбрасывал с себя руки врача или матери, как вещь, и отбегал в сторону. Активный протест быстро истощался. Несмотря на множество движений без всякой надобности в состоянии возбуждения, от детей невозможно было добиться выполнения самого простого движения. На внешние раздражители не возникало аффективного резонанса, эмоциональных реакций. Персеверация обычно обнаруживалась после 3—5 лет, хотя и до того большинство движений однообразно повторялось, но всегда в несколько видоизмененной форме, с разным по времени ритмом, отсутствовала клишеобразность. Эхопраксии возникали в основном после 5 лет. Явления мутизма сочетались с регрессом речи.

Кататоно-гебефреническому возбуждению была свойственна прерывистость, выраженный игровой компонент, рифмования в речи, неологизмы, расторможение влечений, явное повышение настроения с оттенком беспричинной веселости, иногда частичное торможение речи, или регресс ее, что было ранее отмечено у подростков L. Langfeldt (1958) и Г. Н. Пивоваровой (1965).

Кататоноподобные состояния с галлюцинациями характеризовались кратковременностью, сочетанием с устрашающими сновидениями, страхом. Основными были состояния растерянности с истинными, преимущественно зрительными галлюцинациями, которые временами сменялись состояниями аутистического фантазирования с одухотворением предметов. Все эти расстройства быстро сменяли кататоно-гебефренное и кататоноподобное возбуждение, а затем вялость с акинезией.

Хаотическое двигательное возбуждение наступало при резком утяжелении состояния в возрасте между 2—6 годами. Его характеризовали выраженное напряжение, негативизм, моторное возбуждение с агрессией, самоагрессией, импульсивными поступками. При этом возбуждении наблюдались активное сопротивление всякому воздействию без гипертонии и восковой гибкости, а также выраженный регресс,

что и отличило его от сходных состояний у взрослых больных.

Перечисленные типы моторного возбуждения могли видоизменяться при утяжелении болезни и в зависимости от возрастного развития больных. Так, при наиболее тяжелом состоянии в развернутом периоде болезни кататоноподобное возбуждение сменялось немым хаотическим возбуждением или возбуждением с растерянностью.

Спустя 1/2—3 года от начала процесса у всех больных устанавливались конечные состояния. По данным В. М. Морозова и Ю. К. Тарасова (1951), В. М. Морозова (1953), Д. Е. Мелехова (1960, 1963), В. Н. Фавориной (1961, 1963, 1964), Н. М. Жарикова (1960) и других авторов, под этим понимаются состояния относительной стабилизации болезни на ином уровне с возможностью в дальнейшем обострений и поздних ремиссий. Признание наличия в конечных состояниях относительной стабилизации и, хотя и замедленного, течения шизофренического процесса отражает учет необходимой суммы факторов, обязательных для группировки указанных состояний в детском возрасте. Как мы видим, конечные состояния неоднозначны исходным состояниям.

При ранней непрерывной злокачественной шизофрении обнаружены следующие типы конечных состояний: 1) с вялостью побуждений, безразличием к контактам и резидуальными моторными стереотипиями регрессивного генеза, речевыми расстройствами в форме полного или частичного регресса речи; 2) со стертыми кататоноподобными; 3) кататоноподобно-гебефреническими; 4) кататоноподобно-галлюцинаторными расстройствами резидуального характера в сочетании с диссоциированным недоразвитием олигофреноподобного типа, эмоциональным оскудением, отрешенностью от окружающего, нарушением контактов, бедностью побуждений, физическим инфантилизмом и эндокринными стигмами.

Вялотекущая шизофрения

Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)

Башина В.М.

У детей дошкольного возраста не встречается шизофрении, идентичной параноидной шизофрении взрослых. Разграничить непрерывные вялотекущие и приступообразные, с малой и более выраженной степенью прогрессивности формы шизофрении на ранних этапах становления болезни трудно. Вместе с тем существование шизофрении, протекающей со средней степенью прогрессивности, у детей допускается (Вроно М. Ш., 1972).

По нашим наблюдениям, в группе непрерывной и приступообразной шизофрении на начальных этапах болезни такое разграничение провести не удалось. Оно было лишь

намечено после длительного наблюдения за этими больными. Поэтому анализ материала по непрерывной шизофрении мы продолжим разбором группы детей, больных непрерывной вялотекущей шизофренией.

Аффективные расстройства, мономании, навязчивости, нарушения поведения стали изучаться задолго до выделения вялотекущей шизофрении. Аномалии нравственного чувства рассматривали у «моральных дегенератов» В. Morel (1860), V. Magnan и М. Legrain (1886) и др. Асоциальные формы поведения с аффективной неустойчивостью и эмоциональным опустошением были выделены в группу «морального помешательства» J. Prichard еще в 1835 г. К. Kahlbaum (1875) описал гебоидофрению, которую определяли «поражение высших чувств с превалированием над всем чувства эгоизма», изменения всего комплекса душевных чувств, составляющих психическую индивидуальность, поведение с преступными наклонностями, падением работоспособности и расстройствами мышления. У этих больных отмечены были и расстройства настроения, но без идей самообвинения и самоуничужения. Диагностика подобных состояний трудна, так как они напоминали результат плохого воспитания или гебефрению. Автор еще тогда обратил внимание на возможность в некоторых случаях гебоидофрении улучшения самочувствия без становления слабоумия и отметил прерывистость процесса. Считая, что в группе гебоидофрении ему удалось полнее раскрыть состояния, ранее причислявшиеся к «моральному помешательству», К. Kahlbaum предлагал не называть их более так. Однако далеко не все были согласны с его мнением. Одни исследователи (Leongard J., 1907) по-прежнему относили этот комплекс расстройств поведения к «дегенеративным состояниям», другие (Paskal C., 1911)—к «моральному помешательству».

В формировании гебоидофрении многие исследователи отводили решающую роль пубертатному кризу (Kahlbaum K., 1875; Voisin F., 1900; Storchmayer W., 1913, 1923), хотя сам К. Kahlbaum отмечал, что подобная группа заболеваний наблюдается не только в юношеском, но и в детском возрасте. Позднее G. Rinderknecht (1920) и другие авторы высказались в пользу существования гебоидофрении в детском возрасте. Характеризуя криминальных гебоидов, G. Rinderknecht замечает, что эти состояния обнаруживаются у детей не только как предрасположение, но и как болезнь, которая проявляет меньшую способность к прогрессированию.

Со времени выделения малопрогрессирующей — шизофрении Е. Краепелин (1913, 1920) и Е. Блейлер (1911, 1920) «моральное помешательство», «дегенеративные состояния» и гебоидофрения стали рассматриваться в кругу шизофрении с

псевдопсихопатическими расстройствами. Несколько позже и многие детские психиатры, такие, как А. Homburger (1926), Т. П. Симеон (1934), К. А. Новлянская (1939), В. Н. Мамцева (1956), М. И. Лапидес (1965), J. Nannarello (1953), G. Heuyer (1960), U. Signorato (1962) и др., констатировали, что сходный вариант шизофрении возможен и в детском возрасте.

Г. Е. Сухарева и И. Г. Шур (1935), М. Ш. Вроно (1972), выделив медленно текущие шизофрении у детей и подростков, отметили, что психопатологическая картина при них состояла из черт аутизма, утраты единства личности, потери спонтанности и инициативы, холодности, сензитивности, кататонических расстройств, частичной утраты речи. Т. П. Симеон и В. П. Кудрявцева (1934) выделили анэтический симптомокомплекс, в основе которого лежал дефект аффективности, аффективная анестетичность, что приводило к непрерывным конфликтам с окружающей действительностью. В работах G. Langfeldt (1958), L. Chazand (1964), L. Bender (1968), L. Despert (1968) высказываются сходные представления об аффективной измененности, лежащей в основе нарушения социальных форм реакций, влечений у детей, больных псевдопсихопатической шизофренией. Эти авторы, как и предыдущие, подчеркивали отсутствие грубого нарушения развития у таких больных.

Клинические особенности шизофрении с гебоидными расстройствами продолжали исследовать у детей и подростков В. А. Турубинер (1940), К. С. Витебская (1958), М. И. Лапидес (1965), В. А. Гурьева и В. Я. Гиндикин (1971), А. Г. Большаков (1971), Г. П. Пантелеева (1972), Е. И. Кириченко (1973), А. Е. Личко (1977) и др.

Возможность прерывистого течения шизофрении с анэтическим синдромом в клинической картине, отмеченная еще К. Kahlbaum, в дальнейшем обнаруживалась и другими клиницистами. У больных с псевдопсихопатическими расстройствами в период первого пубертатного криза начальные приступы болезни, в которых выступала неустойчивость аффективности, нарушение адаптации в семье были установлены еще в детстве рядом авторов (Heuyer G., 1960; Signorato U., 1962, и др.). Возможность улучшения в динамике при шизофрении-е анэтическим симптомокомплексом констатировала и Т. П. Симеон (1948). Приступообразность течения детской шизофрении с асоциальными формами поведения и аффективными расстройствами отмечена в работах А. Е. Лифшица (1964), И. А. Шашковой (1970), В. М. Башиной и О. И. Валуевой (1973), Г. П. Пантелеевой (1974). Однако следует напомнить, что еще F. Meggendorfer (1921) описывал паратимии у подростков,» в клинике которых обнаруживались нарушения поведения, патология влечений в сочетании с расстройствами настроения. Правда, автор предлагал их рассматривать

самостоятельной формой психоза, отличной от гебоидофрении.

Таким образом, после того как была признана возможность развития вялотекущей, малопрогредиентной шизофрении у детей, особое внимание привлекли к себе клинические особенности психопатоподобных состояний, гебоидного синдрома, свойственные этому типу шизофрении. Вопрос о правомерности диагностики гебоидофрении у детей в раннем возрасте остается открытым; нет ясности и в отношении возможности в структуре гебоидного синдрома нарушений поведения в сочетании с аффективными расстройствами; недостаточно разработаны диагностические критерии, необходимые для дифференцирования вялотекущей шизофрении с психопатоподобными состояниями и конституциональными нарушениями развития шизоидного круга.

Не менее сложный путь характерен для формирования знаний о вялотекущей неврозоподобной шизофрении у детей. Работами Heilbronner (1898), Hasche-Klunder (1910), P. Janet (1911) и др. была показана возможность малопрогредиентного течения психозов с неврозо-подобными симптомами. В последующие десятилетия, вслед за Е. Bleuler (1920), ряд клиницистов приходят к признанию существования неврозоподобной шизофрении (Зиновьев П. М., 1929; Каннабих Ю. В., 1934; Кербиков О. В., 1952; Наджаров Р. А., 1955; Шмаонова Л. М., 1968).

Симптоматологии «мягкой» шизофрении посвящены работы Л. М. Розенштейна (1933), Е. Н. Каменевой (1934), Ю. В. Каннабиха (1934), П. М. Зиновьева (1956), А. Btige (1956), J. Rosen (1957), Alv. Garcia (1959). Эти клиницисты изучали взаимоотношение преморбиды и психопатологических расстройств шизофрении с навязчивостями. Рядом авторов показано развитие неврозоподобной шизофрении не только у лиц психастенического склада характера, как это предполагалось вначале (Суханов С. А., 1905; Новлянская К. А., 1935; Наджаров Р. А., 1954). Мелехов Д. Е. (1963) вялотекущую шизофрению рассматривал с более широким спектром расстройств.

Соотношение неврозоподобных дебютов и разных вариантов шизофрении обсуждалось В. П. Осиповым (1937), Д. С. Озерецковским (1950, 1953), О. В. Кербиковым (1952) и другими авторами.

Практически в эти же годы постепенно накапливались знания о клинике вялотекущей шизофрении у подростков и детей. П. Б. Ганнушкин и С. А. Суханов (1902) выделили юношеское слабоумие, для которого были характерны навязчивости. С. А. Суханов анализировал при юношеском слабоумии с синдромом навязчивостей болезненный страх, опасения, контрастные

представления. При этом такие симптомы, как нарастание замкнутости, агрессия, по его мнению, являлись основой раннего распознавания этой группы шизофрении. Д. С. Озерецковский (1953), В. Н. Мамцева (1956) обнаружили вялое течение процесса при шизофрении у детей 10—12 лет. Д. С. Озерецковский обратил внимание, что изменения личности появлялись спустя 8—12 лет от начала болезни. П. М. Зиновьев (1929, 1956) задолго до W. Villingen (1959) показал возможность психотических эпизодов страха, боязни темноты и одиночества в период детства у больных с навязчивостями в зрелом возрасте.

Неврозоподобные расстройства при малопрогрессирующем течении шизофрении и как дебют при злокачественном течении шизофрении у детей описывали Т. П. Симеон (1948), А. Н. Чехова (1953), G. Langfeldt (1958), M. Pollack et al. (1966), M. Pollack (1958, 1966), E. Stromgren (1968) и др. Клинические особенности шизофрении с псевдоневрозоподобными расстройствами изучали W. Spiel (1968), L. Despert (1968), Н. С. Жуковская (1971), А. А. Кашникова (1973).

Возможность видоизменения моносимптомных навязчивостей в сторону бреда и психических автоматизмов у подростков, страдающих вялотекущей шизофренией, на большом числе клинических наблюдений обосновывалась в работах Е. Е. Сканави (1957) и Л. И. Головань (1965). По мнению Е. Е. Сканави, в полиморфных навязчивостях отражалось паранойальное восприятие действительности. Это положение автора признается далеко не всеми. Наконец, оба эти исследователя подчеркивали, что для детей наиболее характерны двигательные навязчивости; лишь с возрастом у них появлялись идеаторные навязчивости, особенно типа «умственной жвачки». Фобии скупо интерпретировались, отсутствовала критика к ним и не обнаруживалось стремления к их преодолению.

Проблема отграничения вялотекущей шизофрении с неврозоподобными расстройствами у детей от невроза навязчивых состояний, психопатий, препсихотических состояний в раннем детстве остается не вполне решенной. Одни детские психиатры (Nannarello J., 1953) отрицают возможность диагноза шизофрении с псевдоневрозоподобными расстройствами, другие (Van Kreveken Arn, 1967) утверждают, что нарушение поведения, отрыв от реальности, вычурность, полиморфизм симптомов, помимо навязчивостей, служат основанием для диагностики этого варианта шизофрении у детей, но только старшего возраста. Ряд авторов предлагали рассматривать состояния с навязчивостями при детской шизофрении в кругу препсихотических симбиотических состояний (Heuyer G. et al., 1958; Heuyer G., 1960; Mahler M., 1965). Трудность разграничения симптомов повреждения развития врожденного и

процессуального генезиса, присущих вялотекущей шизофрении, отмечена О. П. Юрьевой (1971).

Эпидемиологические исследования, группы взрослых больных вялотекущей шизофренией показали, что и при этом варианте болезни обнаруживается закономерная смена этапов течения, а своеобразие зависит от иного темпа прогрессивности и незначительной динамики позитивных симптомов. Л. М. Шмаонова (1968) обосновала возможность выделения неврозоподобного, психопатоподобного и паранойяльного вариантов вялотекущей шизофрении у взрослых, которые у детей нуждаются в тщательном исследовании.

Итак, в учении о вялотекущей шизофрении у детей раннего дошкольного возраста остается много спорных вопросов, не выработано единства взглядов на выделение этого варианта болезни у детей до 5-летнего возраста. Недостаточны сведения и о динамике болезни, не изучен стереотип развития болезни, протекающей с расстройствами поведения, аффективными и неврозоподобными нарушениями. Поэтому прогностические критерии при этой форме не вполне разработаны. Недостаточно известно, остается ли устойчивым этот тип течения шизофрении, начинающейся в раннем возрасте, в последующие годы развития болезни, или правы те клиницисты, которые рассматривают данный комплекс расстройств в круге преекспрессивных, предполагая возможность развития у этих больных более тяжелых процессуальных состояний. Недостаточно изучена и трансформация — психопатологических проявлений в онтогенетическом аспекте при ранней вялотекущей шизофрении у детей.

Из 300 больных, изученных нами, у 35 (34 мальчика и 1 девочка) оказалась вялотекущая шизофрения. Подобное распределение по полу с преобладанием мальчиков в этой группе больных не зависело от подбора наблюдений, а отражало сходные тенденции в распределении лиц мужского и женского пола, выявленные рядом авторов в контингентах больных вялотекущей шизофренией (Новлянская К. А., 1935; Мамцева В. Н., 1956; Юрьева О. П., 1971).

Поводом к выделению этой формы течения шизофрении у больных рассматриваемого возраста, как и у больных других возрастных групп» было постепенное начало процесса, невыраженные, однообразные, мало изменяющиеся продуктивные психопатологические расстройства в течении болезни, не столь значительная, как при злокачественном течении процесса, прогрессивность, приводящая в основном к изменениям личности. Психопатологическая картина болезни у больных детей в рассматриваемой группе оказалась неоднородной. Первую подгруппу составили 8 детей с

неврозоподобными и аффективными расстройствами, вторую — 27 детей, у которых наряду с такими расстройствами наблюдались выраженные нарушения поведения.

Больные вялотекущей шизофренией по возрасту в начале заболевания распределялись следующим образом: до 1 года—2, от 1 года до 2 лет—16, от 2 до 3 лет— 13, от 3 до 4 лет —2, от 5 до 6 лет —2.

Как уже было отмечено, 8 больным были свойственны в основном неврозоподобные, стертые аффективные расстройства и изменения личности. Болезнь начиналась исподволь, с нарушения общего состояния ребенка. Дети становились чувствительнее, беспричинно тревожились. Все выводило их из равновесия, любая неудача, замечание родителей вызывали у них обиду и слезы. Снижалась активность: в течение дня дети в основном бездельничали, брались за разные игры, но не могли довести начатое дело до конца. Игры и направленные занятия не доставляли им прежнего удовольствия. Постепенно игра становилась проще, однообразнее. Дети переставали сами одеваться, у некоторых эта процедура — растягивалась на часы. Нередко они жаловались, что одежда тесная, новая, плохая. Так же трудно было их накормить, так как аппетит у детей то отсутствовал, то был избирательным, то повышенным. У некоторых детей возникала рвота. У них ухудшался сон: в дневное время совсем пропадал, в ночное — становился чутким, легко прерывался и дети подолгу не засыпали.

Наряду с перечисленными расстройствами возникали и другие нарушения. Так, у детей уже в возрасте 1 — 3 лет обнаруживались моторные расстройства. Это были утратившие целесообразность движения головой, подергивания плечами, облизывание пальцев рук, касание ими лица, одежды и т. п. Движения эти помногу раз повторялись. Иногда у ребенка возникало несколько видов бесцельных движений, которые периодически сменялись другими ненужными движениями. Только у некоторых больных в возрасте 3—5 лет похожие нецеленаправленные движения приобретали истинно навязчивый характер. Дети жаловались, что движения мешали им, но они не в силах были удержаться от их выполнения. Возникало много лишних движений; дети не могли спокойно сидеть, стоять, тербели на себе одежду, касались частей тела, все время меняли положение и т. п. Наблюдались тики и отдельные гиперкинезы. Не только явно навязчивые, но и лишние движения при фиксации на них внимания ребенка могли быть им задержаны.

Наряду с моторными расстройствами у этих детей появлялись боязливость, опасения. Первые опасения возникали в возрасте 1,5—3 лет и были связаны с основными двигательными актами,

которые провоцировались падением. Приводим пример.

Больной К. В 1 год 2 мес после легкого падения стал бояться вставать на ноги без поддержки. К 1 году 7 мес это прошло. В 2 года, когда ребенок ходил уже без поддержки, возникло новое опасение, он не мог спускаться по лестнице, топтался, но не двигался без помощи взрослых. После 2/2 лет этот страх у него заменился другим. Ребенок стал бояться неровной дороги; останавливался перед любым, даже невысоким, бугорком и топтался перед ним. В 3 года у него появились ритуалы: перед тем как переступить бугор, он начинал бормотать непонятные слова, после чего уже спокойно переступал бугор. В возрасте 3,5 лет у этого ребенка возникла боязнь заболеть, которая оставалась у него до 6,5 лет и сменилась новыми опасениями.

У других детей первые опасения также были примитивны по содержанию и в основном связаны с необходимостью выполнения определенных действий, а позднее, в возрасте 2,5—5 лет, с состоянием здоровья — своего, матери и других близких. Навязчивый характер опасений явно обнаруживался только у детей 3—5 лет и старше. Приводим в качестве примера историю болезни.

Больной К., 1958 г. рождения. Отец замкнутый, суеверный, злоупотреблял алкоголем. Оставил семью, когда сыну было 3 года. Бабка по линии матери «ослепла» после ссоры. Мать страдает невротоподобной шизофренией, лечится в диспансере. Воспитывалась с 6-летнего возраста в детском доме.

Обследуемый от беременности, сопровождавшейся тошнотой, рвотой, разборчивостью в пище. Роды на месяц раньше срока. Ребенок родился в ножном предлежании, закричал после пошлепывания. В младенчестве беспокойный, много плакал, развивался нормально, пошел с 1 года, говорил фразами к 2 годам. Перенес в 2 года скарлатину, ветряную оспу, в 4 года — инфекционную желтуху, в 8 лет — корь, пневмонию. С 1 года до 3 лет развивался хорошо, легко усваивал сказки, запоминал стихи. С матерью был ласков, детей сторонился, играть любил один. Настоящее заболевание мать относит к 2 годам 10 мес — 3 годам, когда появились мигания. Затем во время мигания стал оборачиваться. Говорил матери, что у него так получается, хотя он и не хочет этого. Затем стал постукивать руками и вставать во время еды или наклоняться. Тогда же в 3 года возникло опасение заболеть. Задавал матери вопросы, здоров ли он, отчего умирают люди. Стал часто мыть руки, никак не объясняя этого. Был грустный, нередко плакал без причины, отказывался играть. Ел с уговорами. Родители решили поместить ребенка в детский сад, где его состояние еще больше ухудшилось. Стал вялым, не хотел вставать с постели, проснувшись плакал, отказывался есть, не шел на улицу. Был показан психиатру.

Назначено лечение элениумом. Постепенно стал чуть активнее, но навязчивые движения и опасения заболеть полностью не прошли.

В 4 года вновь отдан в детский сад ходил туда без протеста. Был одинок, молчалив, подолгу сидел, ничем не занимаясь, в самом тихом углу игровой комнаты. Ел вяло. Тревожился, что мать не придет за ним в сад. Начинать ее ждать с обеденного времени. Помногу раз подходил к воспитательнице и спрашивал, придет ли его мать, предполагал, что она заблудится. По-прежнему боялся заболеть, в саду часто бегал без разрешения к крану, стараясь хотя бы намочить руки. Матери неоднократно предлагали забрать ребенка из детского сада. В 5 лет научился считать и вскоре, как только возникало опасение заболеть, начинал считать. Испытывал от этого некоторое облегчение. Постепенно стал требовать, чтобы ему объяснили, как считать до 50—60—100. Затем счет перестал помогать. Тогда ребенок начал расстегивать и застегивать пуговицы на рубашке, а потом (по совету матери) стал молиться. Был грустный, ни во что не играл. Из детского сада был взят и воспитывался дома.

С 8 лет пошел в школу, оставался одиночкой. Не любил подвижных игр, стоял в стороне от детей. Учился с помощью матери.

В 13 лет помещен в психиатрическую больницу. Физическое развитие ниже возрастной нормы, бледный, вялый тургор тканей. Внутренние органы — норма. В неврологическом статусе патологических признаков не обнаружено.

Психический статус: в общении с врачом немногословен, держится отчужденно, не ищет помощи, жалобы отрицает, утверждает, что он здоров. Выражение лица грустное, высказывания монотонны. Интеллектуальное развитие невысокое. С детьми не дружит, держится в стороне от всех. Временами что-то шепчет, делает вычурные движения руками, трогает петли куртки. Ходит согнувшись, как старик, мелкими шажками. Неожиданно останавливается во время ходьбы и бормочет молитвы. В течение дня ничем не занят, раздражается, если персонал пытается вовлечь его в занятия, становится злобен, жесток. Требуя выписки. С матерью сух, холоден, не терпит ласк. Получал лечение либриумом, мажептилом. Стал говорить, что ему легче. Врачу рассказал, что не помнит, с какого времени у него появились опасения заболеть. Считает, что это не болезнь, а «все от отца». Это только мысли, они его мучают и он должен просить бога освободить его от этого или определенное число раз застегивать и расстегивать пуговицы, он не может также наступать на трещины и пятна на асфальте, чтобы с ним ничего не случилось. Говорит, что у него много разных других уловок, чтобы защитить себя. Не раскрывает до

конца, какие, иначе они утратят свое действие.

У данного больного, как и у других детей, опасения возникли рано и приобрели навязчивый характер. У одних детей они носят мономорфный характер, у других полиморфный, их тематика меняется. В периоды, когда опасения овладевали больными, у них возникали состояния ажитации. Дети плакали, метались, наносили себе и окружающим повреждения. У них возникали приступы страха в ночное время: проснувшись, дети не отпускали от себя мать. При этом у одних не удается выяснить причину страха, у других оказывается был страх животных, воров и т. п. В такие периоды была возможна и визуализация устрашающих представлений, а также сновидения устрашающего содержания. Иногда безотчетная боязнь в дальнейшем сменяется предметной. Несмотря на повторяемость страха, у детей 3—5 лет трудно было доказать его чуждость. Можно лишь предположить, что сам факт изменения безотчетного страха, с появлением предметной боязни, а затем и наличие ритуалов до некоторой степени подтверждают развитие навязчивого характера фобий.

У всех этих больных наряду с навязчивостями возникали и расстройства настроения. Обычно это были периоды сниженного настроения, реже смешанного, повышенного. Подавленность, как правило, сочеталась с недовольством, иногда со злобностью. Дети становились резкими, непослушными. В раздражении то много двигались, то были вялыми, подолгу не вставали с кровати, иногда отказывались от пищи. Депрессивные высказывания у детей этого возраста редки, лишь некоторые говорят о смерти, предполагая ее возможность. При изменении настроения особенно падала активность, дети отказывались от всякой деятельности. Депрессивные состояния не у всех детей сменялись периодами смешанного, повышенного настроения, когда усиливалась суетливость, движения приобретали порывистость, ускорялся их темп. Навязчивые опасения утрачивали свою актуальность. У детей возникали агрессивные, реже сексуальные влечения. Больные становились многоречивыми, иногда комментировали свои поступки, или поступки взрослых, легко ссорились. Продуктивность обычно оставалась низкой. В ряде наблюдений колебания настроения приобретали как бы континуальность и отмечались на протяжении многих лет.

Наблюдение в течение 3—8 лет детей больных вялотекущей шизофренией обнаружило у них медленное нарастание изменений личности. Появлялись или усиливались ранее имевшие место отгороженность от сверстников, рассудочность в отношениях с окружающими их лицами, в целом обеднялись эмоциональные контакты. Аффективная подвижность, свойственная детям этого возраста, сменялась монотонной

тревожностью, недовольством, приобретавшими инертный характер, обнаруживались черты сензитивности. В деятельности появлялись черты повышенной истощаемости наряду с педантизмом и ригидностью. У всех детей с годами постепенно углублялся психический, а нередко и физический инфантилизм, резко страдала социальная адаптация. Больные нуждались в постоянной помощи родственников.

У 27 больных второй подгруппы клиническую картину в основном характеризовали тяжелые расстройства поведения, деятельности, влечения, патологические игры, фантазии наряду со стертыми нарушениями настроения и навязчивостями. Отчетливые нарушения поведения обнаруживались с раннего возраста (с 2—3 лет). В этот период обращали на себя внимание бесцельная суетливость, возбужденность детей, хотя до этого времени некоторые из них были даже вялыми. В течение всего дня дети куда-то стремились, много бегали, все трогали, но ничем не интересовались по-настоящему. Их не привлекали игры, доступные детям их возраста. Они избегали также занятий с родителями, если и подчинялись им, то действовали без интереса, инициативы, по побуждению. При первом столкновении с трудностями, неудачах, они злились, кричали, совершали агрессивные поступки, протестовали, в ожесточении ломали игрушки. Не могли соотносить свои интересы с интересами и желаниями других детей. Одни не обращали внимания на детей своего возраста, другие могли толкнуть, стукнуть или обнять другого ребенка, дезорганизовать игру. Им была почти недоступна задержка собственных желаний, свойственна повышенная чувствительность к собственным неудачам. Постоянная неустойчивость аффекта, легко возникающее недовольство делали общение с такими детьми невозможным или крайне трудным, поэтому они либо играли аутистически, либо не могли играть совсем.

В период первого криза у больных детей усиливался негативизм, появлялось неудержимое желание совершать недозволенное. В течение дня помногу раз в ответ на запрет или отказ в просьбе, а чаще без повода, у этих детей возникали истероформные реакции: они бросались на пол, били руками и ногами, некоторые выгибались дугой, извивались всем телом, вскакивали, разбрасывали вещи, сбрасывали с себя одежду, намеренно ломали предметы, игрушки, искали внимания и вместе с тем не успокаивались при удовлетворении их требований. Истероформные реакции были необычайно гротескны, без достаточного учета ситуации, без явного стремления к показу себя с лучшей стороны. Уровень реакции таких детей был ниже их возможностей. Протест нередко сопровождался двойственностью в чувствах и желаниях, выступали амбивалентность, негативистические тенденции и в целом поведение ребенка было всегда сложнее и грубее.

истерического.

У больных задерживалась выработка социальных навыков, они были неряшливыми, с трудом себя обслуживали, безразлично относились к своему внешнему виду, не следили за одеждой, иногда отказывались переменить ее.

Помещенные в детский коллектив, там вели себя неправильно. Персонал мало дифференцировали, никому не подчинялись. В них не удавалось пробудить чувства признательности, стеснения, стыдливости. Похвала, поощрения не улучшали их поведения. Как и в домашних условиях, у таких больных невозможно было воспитать социальные навыки. Они требовали выполнения только своих желаний, легко становились агрессивными, били любого, кто чем-то не угождал им, и не испытывали раскаяния. С родителями дети были неласковы, не исполняли их требования, не стремились к общению с ними. Находясь в саду, скучали не о родных, а «о доме».

У 1/3 этих детей уже до 2 лет, а у 2/3 — в возрасте 3—4 лет влечения приобретали патологический характер. Агрессивные интересы выражались в жестокости по отношению к родным, сверстникам, стремлении их бить, делать им больно. У некоторых обнаруживалось стремление к разрушительству, причинению зла. Агрессию свою больные дети направляли преимущественно на слабых и старых людей, а так же на животных и насекомых. Одни переворачивали детские коляски, стремясь выбросить из нее младенца, другие давили насекомых, ставили над ними «опыты», третьи истязали животных. Эти дети не только не сопереживали в горе другим, наоборот, чужие неудачи доставляли им удовольствие. Они не стыдились жестокости своих поступков, с наслаждением о них рассказывали. Некоторые дети ели песок, бумагу, глотали камни, другие — поглощали чрезмерно много пищи. Влечение к огню встретилось лишь у 2 маленьких пациентов, которые поджигали не только бумагу, но и вещи. При появлении влечения к дурным запахам дети стремились на свалки, помойки, с наслаждением копались в грязи, все обнюхивали, причем это не вызывало у них никакой брезгливости. Однако стоило родителям их поцеловать, как некоторые больные тотчас вытирались. Влечение к яркому, звукам наблюдалось уже в конце 1-го — начале 2-го года жизни. Появлялся интерес к телу: они старались поцеловать кого-то, прижаться, забраться на руки. Такие дети стремились к детям противоположного пола, обнажались, онанировали. В одних наблюдениях влечения не менялись до 5—10 лет, в других — становились множественными.

Помимо нарушения влечений, у ряда больных были обнаружены патологические фантазии. У этих детей прежде всего

усиливалось естественное игровое фантазирование, а затем в фантазиях начинали отражаться аутистические интересы, влечения, к тому же они становились однообразными, длительно не видоизменялись. Дети фантазировали об убийствах, бандитах, пожарах, поджогах, определенных животных или машинах, вымышленных городах и т. п. Некоторые из них, рано овладев письмом, исписывали тетради, в которых излагали свои однообразные фантазии.

У некоторых из этих детей обычные по содержанию игры характеризовались сверхценным интересом к ним. Стойкая фиксация на какой-то одной теме была свойственна этим больным с самого раннего возраста. Когда подобного типа игра возникала у детей с задержанным развитием, сверхценный интерес реализовался на уровне восприятия формы предмета, звуков, которые он издавал, его окраски и т. п. При этом игра сводилась к однообразному верчению, перекладыванию одного и того же предмета из руки в руку, к его разглядыванию или ощупыванию. У больных 3—5 лет содержание сверхценных интересов было сложнее, появлялись игры в цифры, маршруты, карты, составление рационов, списков и т. п. Хотя тематика этих игр черпалась из окружающей среды, при самой большой сложности таких игр, типична была их повторяемость, однообразие и, наконец, бесцельность. Дети все с большим трудом вовлекались в занятия, не связанные с их аутистическими интересами, когда их лишали «их игр», они имели вид потерянных, суетились, волновались и ни в чем не находили утешения. Настоящей творческой игровой деятельности у них не возникало, а наблюдалась только реализация патологических влечений или сверхценных интересов в играх.

У детей, больных вялотекущей шизофренией, относимых ко второй подгруппе, помимо перечисленных нарушений деятельности и поведения, наблюдались неврозоподобные и аффективные расстройства. В возрасте до 3 лет в основном встречались бесцельные, однообразные движения, которые лишь у некоторых трансформировались после 3—5 лет в навязчивые движения. У детей 2—5 лет и старше отмечались также примитивные опасения, боязнь животных, одиночества, сказок с плохим концом, портретов и т. п. Тематика опасений у них была изменчива. Опасения появлялись эпизодически, усиливаясь в основном в период ухудшения состояния.

Для многих из этих больных во время первого пубертатного криза становились характерными навязчивые «пустые» вопросы, с требованием одних и тех же ответов на них — нежеланный ответ вызывал раздражение, агрессию.

Эпизодические расстройства настроения у половины больных

возникали спонтанно, лишь у пятой части — после сомато- и психогении. Как правило, легче определялось начало изменения настроения, выход уловить удавалось не всегда, поэтому доказать истинный характер провокации депрессий было трудно. Почти у всех этих больных сниженное настроение сопровождалось недовольством, злобностью, усилением перверзных, агрессивных влечений, негативизмом. В трети наблюдений эпизодически обнаруживались состояния, близкие к адинамическим с вялостью, аспонтанностью, нараставшей бездеятельностью. В некоторых случаях депрессивные состояния неоднократно сменялись смешанными, без определенной последовательности. Тогда депрессия с моторной вялостью сочеталась с идеаторным возбуждением в форме усиленного фантазирования. Фантазии были мрачного содержания. При этом внешне дети оставались бездеятельными, лишь иногда реализовали свои фантазии в неожиданных агрессивных поступках и вновь становились отчужденными и вялыми.

Больной Г., 1960 г. рождения. Отец, 1935 г. рождения, слесарь-механик. В меру общительный. На втором году прохождения военной службы был уволен из армии, причину от врача скрывает. В общении с окружающими формален, беспричинно раздражителен. В семье зависит от жены. Дед по линии отца рано ушел из семьи, имел вторую семью, попал под электропоезд, обстоятельства смерти не установлены. Бабка по отцовской линии замкнутая, внуком не интересуется. Мать, 1938 г. рождения, радиоинженер. Сдержанная, неоткровенная, сведения о семье дает неполные.

Беременность во второй половине протекала с понижением кровяного давления и отеками ног. Роды на месяц раньше — срока, преждевременное отхождение вод и стимуляция. Вес тела новорожденного 1800 г, длина 47 см. Закричал после пошлепывания, был вялый, сосал плохо. В грудном возрасте был очень спокойный, почти не плакал, ночью спал хорошо. Головку держал к 3 мес, сидел к 6 мес, ходить стал к 12 мес. Вначале ходил на кончиках пальцев, хотя мог наступать и на всю ступню. Рано узнавал мать, был привязан к ней. Перенес в возрасте 10 дней пневмонию в тяжелой форме, в связи с чем 40 дней находился в соматической больнице, в 4 года переболел ветряной оспой.

После года стал ломать игрушки, отрывал руки и ноги у кукол, колеса у машин. К детям стремился, но обнимал их и валил, при этом радостно смеялся, старался сломать их игрушки. Развивался с опережением, после года говорил фразами (из 2—3 слов), мог сказать «спасибо». Слушал чтение книг, легко запоминал прочитанные стихотворения. Был подвижным, всем интересовался, много говорил, настроение было «отличное»,

ничто не могло вызвать слез.

С 2 лет стала возникать рвота при волнении, а затем и во время игр. Вскоре был отдан в ясли, ходил туда охотно. Там днем не спал, мешал другим детям, не играл с ними, на улице грыз палки и проглатывал кусочки. Спустя месяц потребовали ребенка забрать из яслей. Между 2 и 3 годами воспитывался дома. В этом возрасте стали отмечать его пресыщаемость, менял игрушки, сюжетной игры не было. На улице подчинялся одной более старшей девочке, плакал, но выполнял, все что она от него требовала. Меньше интересовался книгами. В 3-летнем возрасте был отдан вновь в детский сад. В первый день прыгал на кровати, мочился в игрушки, детей ловил и сжимал в объятиях, днем не спал, сам не ел. Предложили взять из сада на следующий день. Помещен в соматическую больницу, рекомендовали консультироваться у психиатра В физическом статусе патологических отклонений не установлено.

В возрасте 3—5 лет состояние продолжало ухудшаться. От всего отказывался, ни во что не играл. Бесцельно много двигался. Ел несъедобные вещи: траву, песок, камни, палки. Портил любимые матерью вещи, ломал игрушки, рвал книги. Обнажался, онанировал. Щипал мать и тут же целовал ее. Когда неожиданно понравился алфавит, выучил все буквы в несколько дней, но читать отказался. Затем стал еще более возбужденным, раздражительным, прыгал, бегал, отказывался выходить на улицу. Делал все наоборот. Легко копировал взрослых, этим огорчал их. Стал искать насекомых, жуков, божьих коровок, давил их и собирал в банку. В 5,5 лет помещен в сад для детей с органическими поражениями центральной нервной системы. Вел себя там неправильно. Признавал только музыкальные занятия и занятия по речи. Детей целовал, ощупывал ноги у персонала и смеялся. Дома бил мать и тут же сосал у нее руки. Деду говорил ласковые слова и старался вырвать у него волосы. Не обращал внимания, когда его оставляли одного, на замечания реагировал радостью и тут же делал все наоборот. Затем стал подавлен, мрачен, отказывался есть. Плакал без повода. Временами все, что попадалось под руку, в ожесточении разрушал. Ничем не занимался. В возрасте 6 лет лечился в психиатрической больнице. Внутренние органы без патологии. Признаков текущего органического заболевания не установлено. Анализы мочи и крови — норма.

Психический статус: в отделение вошел без протеста. С персоналом держался, как равный. К детям был равнодушен. К некоторым из них иногда стремился, делал им неприятное, дразнил, щипал, сжимал до боли руки. Сам ни во что не играл, игрушками с детьми не делился, носил их в карманах курточки. От занятий отказывался. Интеллектуальное развитие достаточное. Знал буквы, умел писать, считать в пределах

первого десятка. Мог рассказать содержание картинок с простыми сюжетами, улавливал в серии картинок последовательность событий. Однако занимался только при активном побуждении педагога, всегда стремился убежать с занятий, кричал, ел бумагу, кривлялся, хватал педагога за ноги, разбрасывал пособия в знак протеста.

На свиданиях с матерью жесток, бил и тут же стремился целовать ей руки, возбуждался при отказе. Ел плохо, докармливался персоналом. Периодически был неопрытен мочой и калом, не стеснялся этого, смеялся, когда меняли белье. Лечили аминазином, стеллазином, элениумом без заметного эффекта.

В последующие годы состояние однообразное. Был крайне труден. Из детского сада исключали. От помещения в больницу для лиц с хроническими заболеваниями центральной нервной системы родители отказывались. Учился в домашних условиях по программе вспомогательной школы.

В 15-летнем возрасте учится по программе 8-го класса вспомогательной школы. Занимался только с помощью матери, с протестом. Бранил мать, мог ее ударить и все-таки садился за книгу. Читал, считал, пересказывал. Оценки, похвала оставляли его равнодушным. Только изредка слушал пластинки по собственному почину и собирал значки. С родными оставался жесток, холоден, старался им досадить и вместе с тем был сексуален, временами чрезмерно ласков. По дороге в школу вел себя дурашливо: прыгал, кривлялся, подбегал к женщинам, заглядывал им в лицо, стараясь приблизить свое лицо почти вплотную к их лицу, задавал циничные вопросы, смеялся и бежал к следующей прохожей. Если шел со сверстниками, полностью им подчинялся, выполнял все их приказы, заискивал перед ними. Если его обижали, не давал сдачи, лишь стремился отбежать в сторону. У посторонних мужчин выпрашивал папиросы, иногда тут же приговаривал: «водочки дайте».

На приеме с врачом формален. Беседует только по принуждению. Нарочито садится мимо стула, прыгает на четвереньках по полу, говорит, утрированно сюсюкая. Предоставленный самому себе, постепенно становится серьезнее, перестает кривляться. Начинает жаловаться, что его никто не любит, что у матери есть отец, а у него никого нет. В речи сохраняются инфантильные обороты, косноязычно произносит некоторые слова, хотя может тут же произнести их правильно. Запас знаний ограничен примитивными бытовыми представлениями. При расспросе о школьных делах вновь бранится, требует, чтобы мать пошла с ним домой. Тут же оживляется, когда речь заходит об его увлечениях. Подтверждает, что собирает марки. Не может толково

рассказать об их систематизации; оказывается, что он покупает марки без разбора и интересуется больше их покупкой, а не самими марками. Сам заводит разговор о том, что обижает мать, и, не удержавшись, дергает ее за платье.

Роста среднего, пониженного питания, бледный, половой метаморфоз не завершен.

Приведенное наблюдение представляет пример течения шизофрении с расстройствами поведения, патологией влечений, наряду с которыми имелись невыраженные расстройства настроения, эпизодические навязчивости, истероформные реакции.

Ко времени катамнеза в 15-летнем возрасте клиническую картину характеризовали психопатоподобные нарушения поведения, симптомы дефекта в виде диссоциированного психического недоразвития, стереотипно-однообразного поведения; выступали эмоциональная тупость, аутизм, стертые атипичные субдепрессии и гипомании, влечения, также поблекшие к тому времени.

Заболевание началось исподволь. Появлению болезни в 2-летнем возрасте предшествовал этап искаженного дизонтогенеза, при котором ускоренное психическое развитие сочеталось с трудностями формирования контактов с окружающими, гипертимным фоном настроения, подчеркнутостью влечений. Если изменения в развитии в этом периоде еще можно было отнести к следствию эволютивного дизонтогенеза, то в дальнейшем все отчетливее выступал процессуальный характер изменений развития и поведения. К 2 годам — неврозоподобные расстройства (нарушения сна, привычная рвота, гиперкинезы, лишние движения). Влечения приобрели явно перверзный характер. К 3—5 годам стали заметными падение активности с обеднением игр, целенаправленной деятельности, привязанностей, появлением психического инфантилизма. К 5 годам — отчетливые аффективные расстройства. Атипичные депрессии характеризовались сниженным настроением с недовольством, злобностью, негативизмом, стертыми опасениями, гипомании — манерным поведением с клоунадой, без подъема работоспособности, но усилением патологических влечений. Течение болезни и в последующие годы непрерывное, с обострениями. Углубляются симптомы дефекта, психопатоподобные нарушения поведения в некоторой степени зависят от континуально сменяющихся субдепрессий и гипомании атипичного характера.

Клинико-динамическое и катамнестическое наблюдение больных второй подгруппы показало, что более чем в половине случаев и в дальнейшем болезнь характеризовали тяжелые

нарушения поведения, углублялись личностное искажение, эмоциональная обедненность. Патологические влечения, агрессивные, сексуальные, перверзные, сохраняли свою актуальность. Были свойственны эпизоды навязчивых опасений, как и стертые сменяющиеся гипомании и субдепрессии атипичного (типа. У больных в возрасте 10—14 лет клинику состояний в основном определяли психопатоподобные нарушения поведения, уже не с анэтическим, а гебоидным синдромом Изучение этой подгруппы детей, больных вялотекущей шизофренией, позволило нам, как и другим исследователям, говорить о близости психопатоподобных нарушений с анэтическим симптомокомплексом у больных шизофренией раннего возраста и гебоидных нарушений у подростков, больных шизофренией Поскольку определение «гебоидный тип расстройств» имеет возрастное значение и пришло в детскую психиатрию из общей (Kahlbaum K, 1890, Leongard J, 1907X, подобная квалификация рассматриваемого состояния считается до сих пор не вполне точной Поэтому следует еще раз подчеркнуть, что как в состояниях при гебоидофрении у подростков, так и в случаях шизофрении с психопатоподобными нарушениями поведения и анэтическим симптомокомплексом у детей раннего возраста в клинике обнаруживаются сходные расстройства, а именно, недостаточность эмоций, затрудненность формирования контактов, бедность привязанностей, затрудненность выработки социальных навыков, связанная с созреванием высших чувств, патология влечений Эти состояния протекают как. на монотонно-однообразном аффективном фоне, так и на фоне стертых расстройств настроения, принимающих континуальный характер или затухания и оживления однофазных расстройств. К особенностям этих состояний, развивающихся с раннего детства, следует отнести более выраженную задержку в развитии, несмотря на первоначально формальную сохранность предпосылок интеллектуального развития. В раннем детстве на начальных этапах болезни всегда трудно решить, какого генеза — эволютивного или процессуального, психопатоподобные нарушения с анэтическим симптомокомплексом Глубина повреждения личности, нарастание психического инфантилизма вплоть до недоразвития, формирование аутистических форм поведения с чертами амбивалентности, негативизмом, отчуждением от окружающего мира, перверзные влечения, как и другие рассмотренные выше позитивные расстройства, давали повод к тому, чтобы в последующем течении болезни относить эти состояния к процессуальным (см наблюдение больного Г)

Только в нескольких рассматриваемых случаях шизофрении, болезнь, также начавшаяся с расстройств поведения и настроения навязчивостей, искажения развития личности, впоследствии получала иную трансформацию, становились основными негативные симптомы, снижалась активность,

появлялся регресс и спустя 3—5 лет от начала болезни формировалась диссоциированная задержка развития олигофреноподобного типа. Клиника этих наблюдений отдаленно походила на клинику простой формы шизофрении лиц зрелого возраста. К ее особенностям относится сочетание бездеятельности с двигательным беспокойством в отличие от вяло-апатических состояний у взрослых больных.

Больной Г, 1963 г рождения. У отца трудный характер, рано оставил семью, мать — со сменами настроения.

Обследуемый от первой беременности. Роды в срок, нормальные. Вес новорожденного 3000 г, длина 49 см. Головку держал к 2 мес, сидел к 6 мес, ходил к 12 мес. Слоги — до 1 года, первые слова — к 2 годам, хорошо понимал речь. Перенес на 2 м году острое респираторное заболевание, ангину, отит. В грудном возрасте кричал по ночам, был беспокойный. Родных отличал от посторонних, игрушками не интересовался.

В 6 мес стал однообразно вертеть кистями рук, несколько позднее вздрагивал, увидя ковер, картину, прижимался к матери в испуге, потел. После 1 года иногда пугался чего то непонятного, бежал к матери, затихал. К 3 годам стал бояться собственной тени, темноты. Тогда же стал делать назло, например выбрасывал ключи и нужные вещи в туалет, при этом смеялся, радовался. Требовал одних и тех же ответов на определенные вопросы. Слушал книги, пересказывал прочитанное.

В 4 года 2 мес — 4 года 4 мес лечился в психиатрической больнице. Физическое развитие соответствовало возрасту, в органах патологии не выявлено. Рентгенограмма череп гидроцефальной формы выражен рисунок диплоической венозной сети в лобной области. Неврологический статус: недостаточность конвергенции с обеих сторон, сглаженность правой носогубной складки, равномерно оживлены сухожильные рефлексы, патологических — нет.

Психический статус с родными расстался спокойно. С персоналом не разговаривал, был хмурый, вспоминая о доме, плакал. С детьми не общался. В последующие дни то не отвечал на вопросы, то повторял вопрос или отвечал вопросом, одним словом, набором непонятных звукосочетаний. В речи иногда были элементы косноязычия, фразы строил правильно и тут же аграмматично. О себе говорил в первом и третьем лице. Знал части тела. Себя обслуживал неловко, гримасничал, чмокал губами, поводил плечами. При выражении протеста или радости прыгал, потряхивал кистями рук. Причину таких движений не объяснял. С трудом рассказывал прочитанное ему, определял простые формы предметов, цвета. В группе возил машинку вдали

от всех. К персоналу не привыкал. То становился пассивным, от всего отказывался, то оживлялся, выполнял тогда задания логопеда, выучился счету до 5. Лечили элениумом, провели дегидратационный курс терапии.

После выписки дома вел себя еще хуже, чем до поступления. Родных не отпускал на улицу, мало разговаривал, временами возбуждался, чего-то пугался, плакал. Перестал сам одеваться, плохо ел, не играл в игрушки, отказывался слушать чтение книг. Усилились гиперкинезы в мышцах плечевого пояса, лица. Лечили трифтазином, седуксеном, седативными средствами, гаммалоном. Стал активнее, уменьшился страх. С 8 лет стал учиться по программе вспомогательной школы, там с детьми не общался, учился на тройки и четверки. Периодически возникал страх волка, темноты, обыденных предметов, расстраивался сон, совсем отказывался от деятельности.

Катамнез в 12 лет 5 мес. Рост 178 см, вес тела 91 кг. Физический статус, ожирение по гипогенитальному типу, текущий половой метаморфоз. Бездеятелен, школу посещать отказывается. Мать бьет. С врачом разговаривал без охоты, отвечал односложно. Голос высокого тембра. Слова произносил то нараспев, то выпаливая. Четкая речь перемежалась смазанной, переходил в бормотание. Читал медленно, с ошибками, пересказ простого текста вызывал затруднение и недовольство. Простые обобщения доступны, считал на конкретном материале. Замечания вызывали раздражение, начинал трясти руками. Предоставленный самому себе, ходил по комнате, заглядывал в окно, жестами показывал матери на дверь. В лицевой мускулатуре тики, перебирал, обнюхивал пальцы рук, вычурно двигал кистями, поднимал плечи. Неожиданно сунул руку в лицо матери, засмеялся, когда она вздрогнула. Дергал ей платье, радовался огорчению. Получал лечение трифтазином.

Состояние определяли симптомы дефекта олигофреноподобного типа, эмоциональное уплощение, патологические влечения, гиперкинезы, моторные стереотипии, апатико-абулический синдром.

Заболевание началось с младенческого возраста регрессом моторной сферы, страхами, искажением в психическом развитии. В период первого возрастного криза стали отчетливыми психопатоподобные нарушения поведения с агрессивными тенденциями, негативизмом. В дальнейшем нарастают апатико-абулические расстройства, падает активность, медленно формируется дефект олигофреноподобного типа.

Наконец, более чем в 1/3 случаев у 12 из 27 обследованных детей спустя 3—8 лет от начала процесса, всегда после первого

возрастного криза в развернутом периоде болезни наряду с психопатоподобными нарушениями поведения, тиками, гиперкинезами, стертыми атипичными депрессивными и маниакальными расстройствами настроения формировалось бредоподобное фантазирование. Игровые фантазии становились однообразными, сюжет переставал сменяться, утрачивалась связь фантазий с реальностью. Пропадало ощущение вымысла, возникала патологическая убежденность в реальности измышляемых фактов, что определяло поведение больных. Временами фантазирование протекало с чертами насильственности, возникали галлюцинации воображения, иллюзорные галлюцинации. Больные становились бездеятельными, все более углублялась задержка в психическом развитии, аутистическая отгороженность, напряженность, однако истинного бреда, как и синдрома Кандинского — Клерамбо, у больных в этих состояниях мы не наблюдали. Бредоподобное фантазирование было взаимосвязано с расстройствами настроения. В поведении, суждениях больных выступали черты детскости, полной зависимости от родных. Поэтому вопрос об идентичности этих состояний с параноидной формой шизофрении остается нерешенным.

Больной Г., 1959 г рождения. По линии отца и матери — родственники с патологическими шизоидными чертами характера, больные шизофренией.

Беременность и роды у матери протекали нормально Ребенок голову держал к 3 мес, сидел к 6 мес, стал ходить к 12 мес. К 2 годам говорил фразами Ничем не болел После становления ходьбы родители обратили внимание на моторную неловкость, частые падения, отсутствие интереса к детям. С 3 лет увлекся тракторами, забросил другие игрушки. С 4 лет появился страх бликов света, теней, стал грустным, раздражительным, плакал без повода. В желаних был противоречивым Когда состояние несколько улучшилось, научился считать до 50, начал читать Затем отказался от огурцов, помидоров, опасался, что испортятся зубы, умрет. В 6/2—6 лет 8 мес лечился в психиатрической больнице.

Неврологический статус: сглажена правая носогубная складка, повышены сухожильные рефлексy на правых конечностях. Глазное дно нормальное. Рентгенограмма черепа: умеренные черты открытой гидроцефалии.

Психический статус- с матерью расстался спокойно. С персоналом держался солидно, рассуждал, как взрослый, предъявлял свои требования. Сам не одевался, ел медленнее всех, неряшливо. С детьми не играл. Иногда вспоминал о матери, плакал, но тут же успокаивался и приговаривал, что домой поедет через месяц. В последующие дни повторял врачу и детям

эту же фразу, хотя умел считать дни недели, складывал и вычитал в пределах 3 десятков. Иногда не скрывал своего намерения убежать из отделения, плакал, капризничал, был полярен в желаниях. Врачу говорил «ты», отталкивал его при осмотре, боялся, что ему что-то сделают Гримасничал, вытягивал губы, мигал, надувал щеки, манерно таращил глаза, морщил лоб. Говорил высоким голосом, растягивая слова, с пуэрильными интонациями. Выбирал безлюдное место, подолгу сидел там в стороне от всех, шептал, жестикулировал, иногда можно было разобрать, что фантазирует о зайцах, содержание фантазий полностью не раскрывал. В кубики, машины играл только при настойчивых побуждениях со стороны персонала. Знал марки машин, их признаки. В игру свои знания не приносил. Боялся теней на потолке, не засыпал без света, плакал. Получал лечение транквилизаторами, общеукрепляющее, дегидратационное.

После выписки стал спокойнее, начал учиться по программе массовой школы. На уроках вскоре стал невнимателен, ходил без разрешения по классу, не сидел спокойно за партой, учительницу мог назвать без стеснения «старой душой», требовал к себе особого отношения, так как он, по его словам, нежный и слабого здоровья. С детьми сидеть отказывался. Переведен на индивидуальное обучение. Работал только при помощи матери, материал усваивал неравномерно. В возрасте 8,5 лет усилился страх, в темноте стали мерещиться тигры, львы, пугался их, хотя понимал, что это неправда, Говорил, что иногда думает, будто мама умерла или ее убили, поэтому плакал, не мог избавиться от этих дум, плохо ел, засыпал с трудом. Временами состояние становилось лучше, веселел, был активнее. С 10 лет стал фантазировать о своем выдуманном им друге — Тимуре Ненкове, у которого своя школа. Слушал приказы Тимура, разговаривал с ним по телефону. Уверял родных, врача, что Тимуру 40 лет, по виду он похож на его дядю. Считал, что у Тимура есть своя группа тимуровцев К нему они приходили в шапках-невидимках, поэтому он, как ни старался, не мог их обнаружить. Но когда оставался один, они говорили с ним из-под дивана. Слышал оттуда отчетливый приказ: «Готовься». Затем стал говорить, что врач, который приходил его осматривать, вел себя странно, был похож на зверя, волка и говорил из ванной, предположил, что это «тимуровский врач». Ему не было при этом страшно, но слышалось, что тот сказал, что у тимуровцев будет прощальный обед. Затем говорил, будто об этом он слышал через свой локоть, ждал приглашения. Настроение у него было в основном хорошее, временами считал, что он самый главный, и тогда ему подчинялся сам Тимур. Получал лечение трифтазином, тизерцином. Учился по программе вспомогательной школы.

В возрасте 12—16 лет состояние колебалось. Временами был

более упорядочен, охотно занимался, любил больше всего геометрию, в которой делал относительные успехи. Писал грамотно, пересказывать затруднялся. Учился только по принуждению и с помощью родных. Иногда веселел, фантазировал, много говорил, называл себя поэтом, руководителем оркестра, главой всех тимуровцев. В такие периоды стал убегать из дома «на встречу с Тимуром». Возвращался самостоятельно или доставлялся милиционером. Приходя, всегда объяснял причину несостоявшейся с тимуровцами встречи. В периоды отчетливо сниженного настроения временами испытывал страх. Утверждал, что за ним идут посланцы Тимура, слышал их шаги на лестнице, ждал их звонка. Однажды в таком состоянии в тревоге выбежал раздетым на улицу, несмотря на зимнее время, бежал, не разбирая дороги, не обращал внимание на движущийся транспорт. Получал лечение трифтазином, галоперидолом, тизерцином, антидепрессантами.

Обследован в 16 лет 4 мес. Высокого роста, избыточного питания. Половой метаморфоз завершен. На лице юношеские угри, кожа сальная. Неловок. Говорил манерно, растягивая слова, картавя. Голос меняющегося тембра и громкости, с недостаточной модуляцией. В речи сохранялись инфантильные выражения. С матерью то был груб, то по-детски подчинялся ей. Окончил вспомогательную школу. Полезным трудом заниматься отказался. Сетки, принесенные из трудовых мастерских, вязала за него мать, а он мотивировал свой отказ «работой с Тимуром». Себя называл по фамилии и тут же назвал себя врачом — Борзовым. Живет он по собственному адресу и как врач — в Монихино. Он придумал «спирто-бурдонат» от рака глаза. Дома он занят тем, что пишет письма Тимуру, монтирует телефоны, при помощи которых вел с ним переговоры. Никогда не соглашался, что разговоры о тимуровцах его фантазии. Сердился, с горячностью убеждал врача, что они есть, он устал от них, у него из мозга вылетают их слова. В последнее время он слышит женский и мужской голоса. Они говорят ему про тимуровцев. Он думает, что к этому делу имеет отношение и врач, поэтому их боится. И тут же неожиданно добавил, что раз есть женский голос, то он хотя и не понимает, о чем он говорит, но, возможно, все тимуровцы погибли, а с ним говорят их родственники. Боится их: «он имел отношение к Тимуру, его могут обвинить в их гибели». Другие темы его не интересовали. Запас обыденных сведений примитивен, познания отрывочны. Себя больным не считал.

Приведенное наблюдение может служить примером рано начавшейся шизофрении, имеющей тенденцию к прогрессированию и утяжелению. При последнем катмнестическом исследовании больного в клинической картине выступали черты дефекта в виде диссоциированного

психического недоразвития с отчужденностью, отсутствием целенаправленной деятельности, эмоциональной обедненностью. К тому же наблюдались континуальная смена настроения, стертые депрессии и гипомании, бредоподобное фантазирование, сопровождавшееся иллюзорными галлюцинациями, а в последнее время вербальными псевдогаллюцинациями.

Болезнь возникла у ребенка с искаженным развитием в 3—4-летнем возрасте: при нормальных сроках раннего психического развития обнаружено моторное недоразвитие, аутистическая отгороженность, примитивные увлечения в 3-летнем возрасте. С 4 лет стертые депрессивные состояния с недовольством, навязчивыми страхами. В 6-летнем возрасте ипохондрические опасения за свое здоровье. Тогда становится явной неравномерная задержка психического развития с отрешенностью от окружающего, симбиотическими контактами с родными. В возрасте 8/2 лет происходит отчетливое видоизменение фантазий, они приобретают бред

VI. Клиника приступообразной шизофрении

Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)

Башина В.М.

Приступообразное течение шизофрении у детей раннего дошкольного возраста стало привлекать к себе особенно пристальное внимание в последние полтора — два десятилетия. Между тем благоприятные исходы при периодическом и циркулярном типах помешательства, дегенеративных психозах, определяемых кататоническими расстройствами, отмечались у детей и подростков еще в прошлом столетии.

Со времени выделения детской шизофрении, несмотря на представление о ней как злокачественном, дементирующем процессе, начинают накапливаться наблюдения, подтверждающие возможность благоприятных исходов, формирования ремиссий, приступообразного течения шизофрении у больных молодого возраста. Широко известно замечание Е. Краепелин (1920) о том, что некоторые особенности характера взрослых больных можно относить к последствиям рано перенесенной dementia praecox. Е. Ritterhaus (1912) отмечал, что у 40 из 50 больных dementia praecox» были странности с детства. М. Брезовский (1909), выявив «вторичную психопатию» в некоторых случаях благоприятного исхода раннего слабоумия, обнаружил тем самым приступообразное течение преждевременного слабоумия. Возможность формирования ремиссий при шизофрении у детей подтверждается данными J. Raecke (1909), L. Voigt (1919), Т. И. Юдина (1921), А. Номбургер (1926), F. Mauz (1934), Г. Е. Сухаревой и Э. И. Коган (1935), Т. П. Сим-сон (1959) и другими

исследователями накоплены новые факты о становлении ремиссий при шизофрении у детей и подростков. Постепенно складывается представление об основных психопатологических расстройствах в приступах у подростков, страдающих шизофренией. Общую растерянность, страх, галлюцинаторные переживания, изменение сознания аментивного типа, лабильность аффекта отметил в приступах А. Н. Бернштейн (1912), а циркулярность расстройств обнаружили при ремиттирующем течении шизофрении у подростков этот же автор и М. Брезовский (1909).

Полиморфизм клинической картины, лабильность настроения, вегетативные расстройства в приступах шизофрении у подростков отмечали Г. В. Морозов (1949) и Ф. П. Янович (1955). Они же обратили внимание на трудность выделения основных расстройств из-за их сменяемости в приступах. У детей, больных шизофренией, кататонические расстройства в приступах и ремиттирующий характер течения при них изучали Т. П. Симсон (1948), Г. В. Морозов (1949), P. Duranton (1956), H. Stutte (1963) и др. W. Villinger (1959), В. М. Лупан-дин и Т. Стоянов (1970) пытались дать характеристику кататонии со спутанностью и онейроидной кататонии у детей и подростков. «Летучие шубы» и приступы е характерным для них боязливо-подавленным настроением в доманифестной стадии шизофренического процесса выявили W. Villinger (1957), Т. П. Симеон (1959), В. М. Башина, А. М. Ширман, И. П. Митерина (1970) и другие исследователи. Ряд авторов в шизофренических приступах у детей дошкольного возраста обнаружили кататонические кататонно-гебефренические расстройства, элементы синдрома Кандинского — Клерамбо, аффективно-бредовые расстройства, бредоподобные фантазии, как и у детей более старших возрастных групп (Козлова И. А., 1967; Жезлова Л. Я., 1967; Калугина И. О., 1970).

Депрессии и гипомании, страх с возможностью суицидальных высказываний, витальностью анализировали в приступах шизофрении у детей школьного» возраста и подростков А. И. Винокурова (1935), Г. Е. Сухарева (1937), М. И. Лапидес (1940, 1965), Т. П. Симеон, В. П. Кудрявцева (1959). Следует отметить, что до сих пор одни авторы считают атипичными и редкими депрессивные расстройства в детском возрасте, а другие полагают, что только стертость и слабая выраженность аффекта тоски затрудняют их выявление. На трудность определения нозологической специфичности депрессий при аффективных психозах, реактивных состояниях, характерологических сдвигах и шизофрении у детей раннего дошкольного возраста указывали Ch Eggers (1971), B. Penot (1972), G. Kohler и F. Bunard (1971).

В формировании депрессивных состояний придавали значение конституциональным факторам, экзогенным провокациям и

физиологическим кризам N. Jovanovich и B. Radojlic (1971), J. Szilard и соавт. (1971), а также другие исследователи. О связи депрессий с навязчивостями встречаются упоминания у А. Cazullo и М. Fabiani (1971), с обсессивными реакциями — у G. Bollea и А. Gianotti (1971), с маниакально-депрессивным психозом — у J. Szilard и соавт. (1971), G. Nissen (1971), B. Penot (1972), с экзогенными — у Г. К. Ушакова и Я. П. Гирича (1971), А. Annel (1971), М. Meierhofer (1971). Возрастные особенности депрессивных расстройств у детей дошкольного возраста при шизофрении характеризовали В. М. Башина и Г. Н. Пивоварова (1972), W. Mendelson и соавт. (1971), G. Dobrotka (1971), Н. Antonovic (1972). Приведенные работы показывают большой интерес к исследованиям аффективных расстройств и недостаточную изученность их в круге приступообразной шизофрении у детей периода раннего детства и преддошкольного возраста.

Наши исследования амбулаторной и стационарной групп детей, рано заболевших шизофренией, дают основание отметить, что среди всех форм шизофрении приступообразная — самая обширная и прогностически благоприятная. (71,6 % от 300 больных). Знание этой формы течения шизофрении необходимо для разработки современных терапевтических и реабилитационных мер, уточнения критериев отдаленного прогноза при данном заболевании. Для определения приступообразной формы течения шизофрении у детей использовались критерии, разработанные при исследованиях приступообразной, шубообразной шизофрении у лиц зрелого возраста сотрудниками Института психиатрии АМН СССР под руководством А. В. Снежневского и Р. А. Наджарова 1970; Пападопулос Т. Ф., 1966; Шаманина В. М., 1966; 1970; Пападопулос Т. Т., 1966; Шаманина В. М., 1966; Концевой В. А., 1975). Этой форме шизофрении у лиц зрелого возраста свойственны приступообразное течение, полиморфная структура приступов с очерченными аффективными и аффективно-кататоническими расстройствами наряду с симптомами паранойяльного типа, навязчивостями и изменениями личности. Последние предшествуют появлению очерченных приступов и видоизменяются в течение болезни.

Эту форму течения шизофрении у больных раннего возраста также характеризовали приступы аффективной и аффективно-полиморфной структуры наряду с изменениями личностного развития, которые предшествовали приступам и углублялись в постприступном периоде. Все наблюдения приступообразной шизофрении в зависимости от степени прогрессивности процесса, отчасти коррелирующей с психопатологической структурой расстройств и изменениями личности, были подразделены на группу, близкую к злокачественной, с малой степенью прогрессивности, и рекуррентной шизофрении. При

квалификации психопатологических расстройств, наблюдавшихся в приступах, была сделана попытка определить нарушения, характерные для манифестного, развернутого периодов в приступе, и состояния по выходе из приступа в ремиссии.

**Приступообразная
шизофрения, близкая к
злокачественной (типология
приступов)**

**Ранняя детская
шизофрения (статика и
динамика)**
Башина В.М.

Эту группу составили 55 детей (из них 11 девочек). Было изучено 122 приступа (55 первичных и 67 повторных), которые возникали до 6-летнего возраста. Длительность приступов — от нескольких недель до 2,5—3 лет. При первом осмотре больные находились в возрасте 1 года 8 мес — 5,5 лет, при последующих — 6—16 лет (табл. 4).

Рассмотрим клиническую картину в приступах, которые наблюдались у детей в первые полтора года жизни (по данным анамнеза). У 8 детей (все мальчики) состояние в приступах определялось расстройствами сна, общим моторным беспокойством. Нарушения сна выражались пробуждением в ночное время с плачем, резким надрывным криком, не связанным с дискомфортом и соматическими причинами. От нескольких минут до получаса и более дети плакали, беспокоились, теребили и тянули все, что могли захватить руками, терли кулаками щеки, не могли принять удобного положения, двигали головой, ногами, переворачивались. Улучшение ухода, смена пищи, у некоторых детей снотворные и противоэпилептические средства не изменяли их состояния. Вслед за этими расстройствами менялось общее поведение: дети и в дневное время были вялыми, много плакали, утрачивали живость реакции на мать, игрушки, становились безразличными к голоду и другому дискомфорту.

Таблица 4 Средний возраст детей, больных приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией в период начала приступов.

Тип приступов	Время начала приступов							Общее число приступов
	От До 1 года	От 1 до 2 лет	От 2 до 3 лет	От 3 до 4 лет	От 4 до 5 лет	От 5 до 6 лет	От 6 до 7 лет	
	2	3	4	5	6	7	лет	
Расстройство сна, общее беспокойство	8							8
Моторное возбуждение и динамика	14							14

Неврозоподобные	3	6	2					11
Регрессивные	15	10	7	2				34
Кататоноподобные	2		2	2				6
Полиморфные	3	12	16	5	3			39
Аффективно-галлюцинаторные		4	2		1	3		10
ВСЕГО	22	23	32	29	9	4	3	122

У одних детей состояние определяли приступы плача, который возникал периодически. Вне таких приступов отмечались общая вялость, безразличие. Длительность такого состояния исчислялась 2—3 мес. У других детей сходные состояния наблюдались в течение более длительного времени — от полугода до 1 года. У некоторых из них отмечалось извращение сна: бодрствование в ночное время и сонливость днем.

Клинико-катамнестическое наблюдение всех 8 больных показало, что у половины из них уже в первые 2 года жизни формируются глубокая диссоциированная задержка психического развития, вторичная олигофрения с чертами аутизма в поведении. В дальнейшем при повторных приступах у всех этих больных обнаруживались аффективные расстройства в сочетании с явлениями регресса, кататоническими расстройствами, в единичных наблюдениях — с галлюцинациями.

У 14 детей были приступы, клиническая картина которых характеризовалась двигательным возбуждением, сменяющимся акинезией. В поведении нарастала отрешенность от окружающего мира, индифферентность по отношению к родным, упрощалась игра, пропадали ранее приобретенные навыки. У половины этих больных психопатологические расстройства в первых приступах выражались в особом беспокойстве: дети беспричинно и подолгу двигали головой, сучили ногами, выкарабкивались из пеленок. В течение дня это беспокойство то затихало, то спонтанно усиливалось, но ни разу не было связано с дискомфортом. Тогда же расстраивался дневной и ночной сон, последний становился прерывистым, иногда наблюдалось немое бодрствование. Общее состояние детей ухудшалось, они переставали обращать внимание на игрушки, не радовались матери, не реагировали, когда их брали на руки, нередко на руках проявляли еще большее беспокойство. У остальных детей наблюдались состояния адинамии с вялостью, безразличием к голоду, дискомфорту, игрушкам, безучастность к матери.

Приступы возникали до 12 месячного возраста и длились от 2 до 6 мес. У больных с состояниями моторного возбуждения повторные приступы развивались спустя 1,5—2 года.

Психопатологические симптомы состояли из аффективно-регрессивных, кататоноподобных и гебефренных симптомов. У этих детей после 1—3-го приступа формировался грубый дефект. После приступов адинамии в возрасте 1,5—2,5 лет возникали повторные множественные приступы также с адинамией, в 4 года и старше — приступы с кататоноподобными и депрессивно кататоноподобными расстройствами, в возрасте 9 и 11 лет — кататонические приступы с оцепенением.

Переходим к анализу клинической картины приступов, возникавших у детей, больных приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией, в возрасте.

1—6 лет Неврозоподобные расстройства обнаружены у 11 детей. В клинической картине приступов были расстройства сна, явления гиперестезии, опасения, страх обыденного содержания, моторное беспокойство, расстройства типа гиперкинезов, лишние движения. В период становления фразовой речи, особенно активного пользования ею, возникало заикание. Неврозоподобные расстройства были нестойкими, легко исчезали и появлялись вновь. Эти состояния длились около 2—5 мес.

Регрессивные проявления обнаружены у 31 ребенка (всего 34 приступа). В 11 приступах болезнь также начиналась с неврозоподобных расстройств, явлений раздражительной слабости, фобий, примитивных двигательных навязчивостей, патологических «привычек». Затруднялось засыпание, сон становился поверхностным. Нередко пробуждение сопровождалось тревогой. Днем дети были капризны, упрямые, несговорчивы. По незначительному поводу или без причины они плакали, бросались на пол, рвали на себе одежду. Истероформные реакции у них сменялись стремлением к разрушительству, агрессии. Эти расстройства постепенно углублялись, а спустя 1—6 мес в состоянии больных начинали обнаруживаться проявления регресса. В остальных 23 приступах процесс начинался прямо с падения активности, появления отчуждения и быстрого присоединения симптомов регресса.

Во всех приступах клиническую картину болезни в развернутом периоде определяли регресс поведения и основных навыков. Дети не подчинялись родным. У них пропадала стеснительность, появлялось безразличие к посторонним, незнакомой обстановке, падал интерес к сверстникам. Игры становились беспорядочными, в них утрачивалась сюжетность и сменяемость. Пропадал интерес к своему внешнему виду: дети неряшливо ели, не одевались сами, не просились в туалет. В 13 приступах клиническую картину определяли только эти расстройства, а в 21 приступе признаки регресса углублялись. Дети переставали общаться с родителями и сверстниками.

Обнюхивали игрушки, лизали, касались ими губ, иногда перекладывали из руки в руку или завертывали и тут же развертывали куклу, рвали на кусочки бумагу. У этих больных сохранялось знание места, некоторое представление об окружающем, хотя эмоциональное отношение к родным и ухаживающему за ними персоналу пропадало. Это особенно было заметно при смене обстановки. Когда накрывали на стол, больные пытались сесть к столу, если выводили детей на прогулку, больные следовали за всеми, при переводе в другую палату — начинали беспокоиться, стремились к двери, хотя ничего и не говорили. Стоило поместить детей в привычную обстановку, как они успокаивались.

Наряду с регрессом навыков пропадала речь. Расстройство ее начиналось с нарушения построения предложений. Дети пытались отвечать на вопросы, но ответ обычно состоял из обрывков фраз, отдельных слогов, иногда отдаленно связанных с вопросом. При попытке к спонтанной речи возникал поток не связанных смыслом ассоциаций, который постепенно затухал. Затем произношение слов становилось косноязычным, нечетким. Позднее оставались смазанные контуры слов. Коммуникативная функция речи полностью утрачивалась. Нарушалось и понимание ее. Из 32 у 2 детей полностью исчезали все слова, у остальных 30 некоторые слова и неясные контуры слов сохранялись на протяжении всего приступа болезни.

При еще более глубоком регрессе возникали моторные стереотипии. Вместо ходьбы дети нередко ползали, раскачивались, играли пальцами рук, как грудные младенцы. Для этого периода болезни были характерны отрешенность, стремление к однообразному существованию. Дети были спокойны, если им не докучали и не нарушался их привычный жизненный ритм. Так как они не могли самостоятельно есть, не одевались, не высказывали своих нужд, им была нужна помощь персонала. Однако помощь извне нарушала их обособленное существование и тут же вызвала протест, стремление избавиться от этого даже положительного воздействия. Этим больные дети резко отличались от других больных с органическими поражениями центральной нервной системы и олигофренией, которые на сходную заботу откликались положительно. Привыкнув к отделению, дети начинали чуждаться родителей, словно забывали о них, не давали им себя обнять, пугались, когда те пытались вовлечь их в игры, не брали гостинцев. В последующем периоде болезни состояние больных было крайне однообразным.

Длительность регрессивных приступов в среднем равнялась 12—36 мес. Затем у всех детей состояние постепенно стабилизировалось, формировалась ремиссия. Психопатологические расстройства в период ремиссии состояли

из резидуальных регрессивных проявлений в моторике и речи, малой активности, отгороженности от окружающих и сверстников. Игра была примитивной, иногда с влечением к одному виду движений. Дети не обслуживали себя, с трудом выполняли задания, нуждались в помощи и побуждении. Спустя 1—3 года формировалась диссоциированная задержка психического развития олигофреноподобного типа. Круг знаний об окружающем у таких детей был резко ограничен. Активное внимание расстроено, пассивное и способность к запоминанию сохранены. Детей с трудом можно было привлечь к любому виду деятельности, у них быстро наступало пресыщение. Ровное настроение с отчужденным отношением к окружающим дополняли статус этих больных в период ремиссии. Несмотря на неврозоподобные расстройства в манифестном периоде, относительно краткость развернутого периода с регрессивными проявлениями прогностически такие приступы оказывались неблагоприятными. Повторные приступы были сходной или более сложной регрессивно-кататоноподобной структуры.

Кататоноподобные расстройства в приступах обнаружены у 6 детей в возрасте от 1 года 8 мес до 6 лет. У одних детей субступорозному состоянию предшествовали расстройства сна, гиперестезия, страх, тревога, к которым спустя 2—3 мес присоединялась вялость с чертами заторможенности, у других приступ начинался прямо с нарастающей адинамии. Дети становились вялыми, подолгу сидели или лежали без сна, не меняя положения. У них пропадало чувство голода, ощущения дискомфорта, нарастало безразличие к родным и окружающему, возникало подчеркнутое стремление к неопрятности, исчезали радость, недовольство. Дети словно не замечали смены окружающей обстановки. Лицо их принимало маскообразное выражение, по нему изредка пробегали гримасы, взгляд был направлен мимо людей.

Одновременно расстраивалась речь. Вначале дети помногу раз, без всяких эмоций, повторяли одни и те же слова. Затем менялись темп, тембр и громкость речи, она становилась растянутой, скандированной либо выпаливающей, то чрезмерно громкой, то шепотной. Дети замолкали, никак не выражая своего отношения, если к ним обращались с вопросами. Однако в этот же период, оставшись одни или проснувшись ночью, они вдруг начинали говорить сами с собой, могли поиграть» сопровождая игру правильными словесными комментариями, но при появлении взрослых замолкали. Временами дети неожиданно отвечали на шепотную речь или на не прямое обращение. Поэтому, хотя такие больные речью не пользовались, можно было установить ее сохранность и понимание. Это подтверждалось неожиданно правильными поступками детей в

ответ на прямой или непрямой приказ, просьбу.

Акинезия в течение дня периодически сменялась парциальным возбуждением (без речевого возбуждения): дети безостановочно ползали, прыгали, бегали по кругу или от препятствия к препятствию, импульсивно разрушали встречающиеся им на пути вещи, ударяли встречных и сопротивлялись всякому воздействию со стороны персонала или родителей. Когда возбуждение сменялось пассивностью, дети подолгу оставались в вычурных позах, принимаемых ими по собственному желанию: сидели с вытянутыми ногами, не касаясь ими пола, или стояли на одной ноге, поджав под себя другую, заложив руки за спину. Это состояние лишь частично напоминало оцепенение, так как придать больным определенную позу не удавалось. Детей приходилось с принуждением одевать, кормить, выводить на прогулку, чему они всегда противились. Они не играли, им можно было вложить насильно игрушку в руку, но они тут же разжимали пальцы и игрушка выпадала. Во время кормления они нередко проглатывали пищу не прожеванной, либо отворачивались и выплевывали ее, иногда подолгу держали во рту насильно введенную пищу. Временами состояние еще больше утяжелялось и наступало хаотическое возбуждение, которое сопровождалось общим токсикозом, похуданием.

Выход из этого типа приступов- постепенный. Вначале на короткое, а затем на все более продолжительное время больные дети как бы оживали: возникал мимолетный интерес к родителям, игрушкам, постепенно возвращалась способность на секунды сосредоточиваться на простейших действиях и обращенной речи, восстанавливались реакции на голод, дискомфорт. Прежде всего дети пытались сами искать пищу, затем прибегали к жестикуляции, а позднее наступал прорыв мутизма и дети выражали желания в словесной форме. Первое слово произносилось ими неожиданно или в условиях трудного выбора, во время психотерапевтической работы с детьми. Но еще долго они испытывали затруднения при начале речи. Часто можно было наблюдать, как ребенок шептал, приоткрывал рот, шевелил языком, гримасничал, а слов не произносил. Постепенно накапливались слова, которыми дети пользовались более свободно. При этом, как и вначале, при становлении мутизма, снова колебались темп речи, громкость произношения звуков, обнаруживались неустойчивые интонации и необычные ударения. Оказалось, что в словах, усвоенных до болезни, в первые годы жизни, и по возвращении этих слов теперь дети произносили звуки лепетно, косноязычно, а в недавно выученных словах те же звуки произносили правильно. По выходе из приступов требовалось несколько лет для того, чтобы эти особенности речи сгладились. Однако на многие годы тембр голоса сохранял оттенок «деревянности», смех оставался плохо модулированным, чрезмерно громким, высоким и монотонным, в

речи сохранялись эхоподобные ответы, фразы-штампы, скандирование, напевное произношение слов. У одной девочки во время становления ремиссии вначале сформировалось письмо, она стала писать буквы и слова (азбуке и письму ее обучали как глухонемую), после чего стала произносить слова вслух.

Моторное развитие больных после приступа также отличалось своеобразием. Дети не овладевали тонкими моторными навыками до 8—14 лет, у них сохранялись двигательные стереотипии, манерность в походке, отсутствовали плавность и содружественность в движениях. Дети длительное время не могли бросать мяч, прыгать и делать другие движения.

Дефект в психическом и эмоциональном развитии преодолевался у этих больных постепенно и частично. У них преобладало монотонно-ровное настроение, отсутствовала свойственная детям аффективная лабильность, не было вспышек радости по поводу новизны, прихода родителей, подарков, игрушек, сладостей, как не возникало и печали в противоположных случаях. Работоспособность у таких больных восстанавливалась также по-особому. Дети стремились к одним и тем же действиям, затруднялись, когда была нужна быстрая смена занятий, с трудом сосредотачивались и быстро уставали. Смена заданий не повышала их работоспособности, если не удавалось обнаружить аутистического интереса и привлечь к нему, в противном случае выступал негативизм. Любая игра и другая форма деятельности у детей легко становилась стереотипной.

У всех больных в период ремиссии периодически падала активность, усиливалась вялость, настроение при этом не снижалось. Эти состояния не были похожи и на субступорозные. Основными расстройствами было колебание активности с ее падением, утратой ряда навыков. Клинико-катамнестическое наблюдение больных детей этой группы показало возможность у них повторных приступов кататоноподобной, кататоно-галлюцинаторной структуры.

Больная Т., 1959 г. рождения. Отец — военнослужащий. Общительный, жизнерадостный, работоспособный. По линии отца патологии в наследственности не установлено. Мать — медсестра. Энергичная, в меру общительная, работоспособна, тревожная до болезненности. Бабушка по линии матери страдала шизофренией, «заговаривалась», галлюцинировала, умерла в психиатрической больнице в 48-летнем возрасте.

Беременность и роды у матери протекали без патологии. В раннем возрасте девочка развивалась без особенностей, голову держала к 2 мес, сидела к 6 мес, пошла к 12 мес. К полутора годам говорила фразами. До 4 лет воспитывалась в домашних

условиях матерью и бабушкой. Была раздражительной, капризничала, упорно добивалась своего. С родными была демонстративна, холодна, вытиралась, если ее целовали, отворачивалась, сердилась. К детям стремилась, но не умела поделиться игрушками, уступить в игре, поэтому часто ссорилась с ними. Интеллектуально развивалась с опережением.

Заболела в 4 года. Вначале стала говорливой, речь состояла из обрывков фраз, не понимала, когда спрашивали, о чем она говорит, не понимала вопросов. В течение 2 мес перестала обращаться с просьбами, а затем замолчала. Подолгу сидела, не меняя положения, привлечь ее внимание к чему-либо не удавалось. Когда девочку тормозили, пытались развлечь, расспрашивали, — мигала, гримасничала, но молчала. Временами заворачивала в тряпку пузырьки, карандаши, недолго качала их и быстро отбрасывала все в сторону, то куда-то стремилась, бежала, кричала. Стала неопрятной, отказывалась от пищи.

С 4 лет 11 мес и до 5 лет 6 мес лечилась в психиатрической больнице По физическому развитию не отставала от возраста. Внутренние органы без патологии. Анализы крови и мочи — норма. На рентгенограмме детский череп обычной формы и размеров, патологических знаков не выявлено Глазное дно нормальное.

Психический статус, сопротивлялась помещению в больницу, не отпускала от себя мать. Обращенную речь понимала, отвечала не всегда и только при обращении к ней шепотом. Говорила тихо, иногда беззвучно шевелила губами, бормотала что-то невнятное, цокала языком, то вдруг дословно повторяла вопрос. Была одинока в отделении. В последующие дни пассивно подчинялась персоналу вели — шла, сажали — сидела, давали куклу — некоторое время удерживала ее, а затем, не замечая, разжимала пальцы, так и не пытаясь поиграть. Застывала в приданной позе на минуты, отмечались невыраженные явления восковой гибкости. Временами слегка оживлялась, подносила к лицу руки, рассматривала пальцы, слегка шевелила ими, по лицу пробегали гримасы, пыталась что-то говорить.

Во время кормления застывала с ложкой у рта, введенную насильно пищу не жевала и не глотала, подолгу удерживала во рту.

В постели была неопрятна калом и мочой. Сопротивлялась одеванию. На прогулку выводили с принуждением, шла, подталкиваемая персоналом, маленькими шагами, иногда неожиданно подпрыгивала. С 3-го дня пребывания в больнице неожиданно возбудилась, куда-то стремилась бежать, бросалась на пол, кувыркалась, хохотала, пела песни или громко

произносила непонятные словосочетания. Персонал била, толкала, на вопросы не отвечала. Мать узнавала, но была к ней равнодушной. К занятиям интереса не проявляла. Спустя 4 дня вновь стала заторможенной. Сидела в стороне от детей, иногда тянула руку к игрушке и застывала в этой позе, так и не взяв ее. В последующие 3 мес поведение однообразное, состояния заторможенности сменялись более короткими периодами возбуждения.

Проводилось лечение инсулином в дозе 1—3 ЕД. Потела, была сонлива. Улучшения в состоянии не наступило. Затем получала по 50 мг аминазина. С 4-го месяца стала активнее, периодически девочку удавалось привлечь к элементарным занятиям, рассматривала книгу, с игрушками не играла. На вопросы отвечала шепотом, пыталась сама есть и одеваться. Обычно пассивно сидела в стороне от детей, изредка наблюдала за происходящим в группе. В последующие 2 мес поведение упорядочилось. Подчинялась режиму отделения. Появилась игра с куклой, она стала разговаривать с ней, одевала ее, качала. Выполняла задания по счету, слушала то, что ей читали. С детьми не играла. При побуждении могла походить вместе со всеми в хороводе, участвовать в гимнастике. Ела сама, стала опрятной. Легко плакала, капризничала, не всегда в такие периоды отвечала на вопросы. Выписана домой. Там вела себя внешне правильно, но стала во всем чрезмерно подчиняться матери. С детьми играть отказывалась. Однообразно играла с маленькой куклой, шептала ей что-то, завертывала в тряпочки. Плакала, если стремились побудить к другим занятиям и отбирали куколку. Могла при помощи матери посмотреть книгу, порисовать. Если что-то плохо выходило, раздражалась. С родными стала холоднее, не было прежней живости в реакциях на мать, ко всему стала равнодушнее. В течение 2 лет состояние оставалось однообразным. Находилась вместе с родителями за границей. Лекарств не принимала. С 7 лет 3 мес стало нарастать двигательное беспокойство, испытывала страх, пряталась, обнюхивала пищу, плохо ела, производила отталкивающие движения руками, гримасничала, шептала. По дороге в Москву в поезде «видела» на столике апельсин, хватала пустоту, отгоняла от себя несуществующих мух. Говорила матери, что перед ней мухи, боялась, что они ее укусят, кричала.

При повторном поступлении внутренние органы без патологии. Анализы крови и мочи — норма. Неврологический статус: реакция зрачков живая, патологических рефлексов не отмечалось. Глазное дно нормальное.

Психический статус, малодоступна, что-то шептала, гримасничала, одной рукой будто бы держала зеркало, другой — делала движения, похожие на расчесывание волос, вдруг раскидывала что-то и начинала рассматривать пальцы рук. На

вопросы отвечала не всегда, иногда повторяла вопрос: «С кем ты разговариваешь? С куклой? С куклой», — как эхо, вторила она опять и т. д. Иногда рифмовала, так, на вопрос, как ее зовут, сказала: «Аллочка — арочка». Уходила от врача без разрешения, бесцельно ходила по комнате, подпрыгивала на кончиках пальцев. Иногда не к месту вставляла свои слова или задавала один и тот же вопрос, можно ли спать.

Предпочитала находиться среди детей, иногда пассивно выполняла их требования, сама ни во что не играла, держала куклу. Временами проявляла беспокойство, тянула педагога, жалась к нему, вглядывалась в угол комнаты, повторяла: «Там... Там...» При расспросах обычно еще больше съеживалась, лишь однажды сказала, что на потолке — волк: когда она топает ногой, он убегает. Изредка, когда была спокойнее, зачеркивала карандашом рисунки. Если педагог активно вовлекал ее в игру, могла лишь пассивно повторять вслед за всеми движения. Запомнила свое место, имена всех детей. Спустя 2 мес правильно использовала игрушки, исчез страх. Все это время получала лечение стелазинотом (от 5 до 10 мг в сутки). Стала общительнее. Эмоциональных реакций по отношению к окружающим не проявляла, — была послушной и формальной. С конца 3-го месяца вновь стала тревожной, оглядывалась, но ничего не говорила, ломала кусты, цветы на прогулке, прижималась к педагогу, иногда к детям. Временами возбуждение усиливалось: бегала по палате, потряхивала кистями рук, что-то шептала, влезала на столы, на прогулке стремилась влезть на забор, деревья; иногда становилась развязной, смеялась, поднимала подол платья, стремилась целовать мальчиков.

Начато лечение галоперидолом до 0,0045 г и элениумом до 20 мг в сутки. Стала спокойнее, понимала требования педагога, подчинялась режиму отделения. Могла направленно играть. Вместе с тем в последующие 2 мес пребывания в отделении ни к чему выраженного интереса не проявляла. Пассивно подчинялась, равнодушно бросала одно занятие и выполняла другое, знакомое. Нового страшилась, капризничала, протестовала. Внимание на заданиях сосредоточивала с трудом, только с помощью педагога. Считала в пределах 10 с ошибками, знакомые предметы определяла наугад, бездумно, иногда не понимала вопросов, так как не могла сосредоточиться на них. Давала замедленные ответы, иногда отвечала не на тему. Запас знаний ниже возрастной нормы. В речи часты инфантильные обороты, лепетное произношение слов, рифмования: «Козоска... Сарфик покази... Мирка-вилка... Нанаградику (вместо виноградику) хосю...», редкие эхоталии. Активной речью пользуется мало, задает лишь редкие вопросы. Косноязычие возросло. В основном бездеятельная: сидит в стороне от детей, выражение лица при этом сонное, в глаза не смотрит, играет

пальцами рук. О родных без напоминания не спрашивает, а если напоминает, говорит, что скучает и хочет домой. Если играет и терпит неудачу, тут же сердится, плачет, топает ногами, может толкнуть врача, педагога, падает на пол, забирается под стол. Одобрение, порицание чаще не помогают. Опрятна. Спит хорошо, ест сама. О переживаниях при болезни не рассказывает.

Катамнез в 10 лет 1 мес. Находится дома. Почти ничем не занимается, изредка вертит куклу в руках, чаще бесцельно ходит по комнате, как маятник, подпрыгивает, потряхивает кистями рук. Протестует, когда привлекают ее внимание к книгам, заставляют рисовать, считать, слушать чтение. От родных полностью зависима, с ними холодна, стремится всегда забраться в тихий, безлюдный угол квартиры. Изредка по требованию матери выполняет работу по дому.

Это наблюдение представляет интерес в связи с наличием кататонических расстройств в первом приступе болезни и полиморфных расстройств — во втором.

Приступы полиморфной структуры были у 33 детей (всего 39 приступов). В начале болезни выступали отчетливо выраженные аффективные расстройства, страх, тревога, изменения настроения, стертые навязчивости. В развернутом периоде приступа обнаружены симптомы регресса поведения, моторики, речи и кататоноподобные симптомы. Заболевание начиналось с нарушения настроения. В 34 приступах наблюдалось сниженное настроение, в 5 — повышенное. В начале, во всех случаях настроение становилось лабильным, появлялись опасения за свою жизнь и обыденная боязнь: страх ванны, мытья, лифта и т. п. В редких случаях наблюдались полярные опасения: страх попасть в канализационный люк и желание заглянуть в него или опасение чего-то страшного и желание встать на карниз. В единичных случаях появлялись деперсонализационные расстройства в форме изменения сознания «Я», отчуждения «Я» с заменой его иным «Я», раздвоением самосознания, когда ребенок воспринимал себя как двух человек, говорил о себе, как о двух детях, даже есть просил на двоих. У нескольких детей высказывания приобретали ипохондрический характер: они утверждали, что «больны», «ранены». У некоторых отмечались нарушения схемы тела.

На начальном этапе развития приступа настроение легко выравнивалось и тогда все эти расстройства исчезали. Затем вновь наступало углубление депрессии с еще большей тревожностью, монотонным нытьем, причитанием, плачем. У некоторых детей появлялось острое чувство жалости к родителям, у других — ощущение своей несостоятельности. В некоторых случаях наблюдалось депрессивное отчуждение и отрицание себя: тогда больные дети уверяли, что им «нисколько

лет», что их «никак не зовут» и вообще они «умерли». В редких приступах при утяжелении состояния появлялись в депрессии черты витальности: «в груди печет» и возникали ажитация, беспокойство, стремление к самоагрессии. Дети в тревоге кричали, сбрасывали с себя одежду, разбрасывали вещи, топтали игрушки.

На высоте острого состояния в приступе у некоторых детей появлялись растерянность, кратковременное нарушение ориентировки в окружающем. Они не узнавали родных, пугались, прятались от матери, а при расспросе могли сказать: «Нет мамы... Маму собачка съела». Это давало основание предполагать наличие неузнавания или ложного узнавания. Сон становился тревожным, со сновидениями неприятного содержания: дети видели «страшил», «бабу Ягу» и т. д. Через несколько недель острота состояния смягчалась. В клинической картине болезни оставались симптомы сниженного настроения, вялость, временами беспокойство с вновь возникавшей тревогой. У 7 детей вслед за этими развилась выраженная заторможенность, которая затем достигла степени депрессивного субступора. Больные подолгу находились в одном и том же положении, сидели, бездействуя, не поворачивались на громкий оклик. Лицо приобретало маскообразное выражение. Дети редко мигали, временами что-то шептали, еле шевеля губами, тяжело вздыхали, производили руками «обирающие» движения. Некоторые тут же оправлялись. Воздействию сопротивлялись недолго. Такое состояние прерывалось тревожной ажитацией. Субступорозное состояние спустя 1—3 нед сменялось вялостью с нарастающими явлениями регресса и импульсивным кататоноподобным возбуждением, присоединявшимся позднее.

В 27 приступах на смену депрессии приходило смешанное или гипоманиакальное состояние. Глубина выраженности мании колебалась и у всех больных была непродуктивной. Идеаторное возбуждение было нерезким, в форме несвязных высказываний, выкриков фраз из стихов, песен, чаще отдельных слов, отражающих повышенное настроение. Направленная активность не возрастала. Дети ни во что не играли, не общались с окружающими, не отвечали на вопросы. Моторное возбуждение в этот период было явным: дети много бегали, прыгали, кувыркались, принимали вычурные позы, стояли на голове, хлопали в ладоши, что-то напевали. Выражение лица приобретало черты веселости, лукавства. Дети часто чему-то смеялись, суетливо хватали одну игрушку за другой, предметы обихода, тут же бросали их, переходили к новым предметам, затем вновь отвлекались на что-то новое. У некоторых обнаруживалась речевая готовность: при обращении они тут же начинали говорить о чем-то своем. Иногда сами пытались что-то сказать, но правильно выразить свою мысль не могли,

выкрикивали отдельные слова или фразы-штампы.

В этом состоянии усиливались влечения и естественные инстинкты. Дети обнажались, хватали за ноги проходящий мимо персонал, онанировали, много и жадно ели. Некоторые были капризны, гневливы, легко переходили к агрессии. К вечеру оживление возрастало. Дети с трудом засыпали. Ночной сон у них был поверхностным, с частыми пробуждениями. Проснувшись ночью, они тут же вскакивали с постели, бегали по палате, чему-то смеялись, пели, кричали, будили спящих. Несмотря на повышенное настроение, легко появлялся страх: дети боялись врача, осмотра, перевода в другую палату, но этот страх был быстропроходящим.

Гипоманиакальные состояния продолжались до нескольких недель, а затем обычно устанавливалось состояние с легко изменчивым настроением, в котором трудно было выявить четкую периодичность аффективных фаз: оно могло быть то повышенным, то сниженным, то ровным или смешанным. Затем аффективные расстройства становились еще менее выраженными, начинали обнаруживаться то негативизм, импульсивность, дурашливость, то пассивная подчиняемость, обездвиженность. В дальнейшем влечения угасали, полностью пропадали навыки, появлялись моторные стереотипии, прыжки, манерность в движениях рук, осанке, походке. Но еще длительное время наблюдались стертые колебания активности с ее падением и некоторым подъемом. И тогда вновь оживали, усиливались моторные стереотипии, примитивные влечения.

Наконец, у 5 остальных детей болезнь развивалась подостро, с гипомании. При этом нарастало моторное возбуждение с повышенным настроением. Дети становились очень подвижными, много бегали, кружились, ползали, кувыркались, валялись по полу и т. п. У них усиливались влечения к сладкому, агрессии, произнесению бранных слов, аутистической игре. Игровые влечения были нелепыми: одни трясли игрушками, другие чертили линии в воздухе, третьи стремились догнать движущуюся птицу. Видоизменялась речь, пропадала ее коммуникативная функция. Хотя дети постоянно что-то говорили, выкрикивали фразы, слова, но на вопросы не отвечали, словно их не слышали. Тогда же обнаруживалось стремление к поступкам наоборот.

Настроение в начале развития болезни было не только повышенным, но и неустойчивым. В смене настроения не было отчетливой закономерности оно выравнивалось то буквально на часы, то на сутки, то на несколько дней. Постепенно колебания в состоянии сходили на нет, аффективные расстройства исчезали, явным становилось отчуждение, пропадали игра и навыки, в поведении обнаруживалось однообразие, а затем на

безаффектном фоне возникали состояния кататоноподобного возбуждения с импульсивностью, негативизмом. У всех детей приступы охватывали 2—3 года жизни. Ремиссия формировалась исподволь с постепенного уменьшения моторного возбуждения, неполного восстановления навыков. Эти приступы резко нарушали развитие детей. По выходе из приступа у них наблюдались задержка психического развития, эмоциональное оскудение. Поведение в основном сводилось к примитивным игровым влечениям без общения с детьми.

Аффективно-галлюцинаторные расстройства обнаружены у 8 детей (всего 10 приступов). В возрасте 2—3 лет было 6 приступов, в 5-летнем — 1, в 6-летнем — 3 приступа. Заболевание начиналось остро, с тревоги, расстройства сна. Тогда же возникали иллюзорные обманы: дети всматривались во что-то перед собой, в пятна на стенах, со страхом отказывались от пищи, то подозрительно оглядывались, то к чему-то прислушивались, закрывали уши руками. Периодически возникала растерянность с ложными узнаваниями. Острое состояние длилось 3—4 нед, затем тревога несколько уменьшалась. Тогда путем расспроса удавалось подтвердить наличие иллюзорных зрительных галлюцинаций, у некоторых детей — элементарных слуховых обманов. И на этом этапе тревога вновь усиливалась, достигая степени ажитации. Дети не общались с окружающими, периодически совершали импульсивные поступки, набрасывались с криком на проходящих мимо, чего-то боялись, никак не объясняли своего поведения. Отказывались от игрушек, сердились, когда родители или персонал заставляли их играть или заниматься в группе с педагогом. Нуждались в постоянном надзоре и уходе персонала.

Общая длительность приступов подобного типа колебалась от 2 до 6 мес. В период ремиссии обнаруживались снижение активности, резидуальные страх, опасения, двигательные расстройства в виде лишних движений и гиперкинезов, аффективная неустойчивость. Клинику повторных приступов в этих случаях характеризовали аффект страха, иногда иллюзорные обманы. В развернутом периоде быстро присоединялись кататоно-подобные расстройства. После повторных приступов у всех детей устанавливались состояния, близкие к конечным, с диссоциированной задержкой развития, стертыми позитивными расстройствами, отгороженностью от окружающих.

***Приступообразная
малопрогрессирующая
шизофрения (типология
приступов)***

**Ранняя детская шизофрения
(статика и динамика)**

Башина В.М.

В этом разделе обобщены результаты наблюдений над 150 детьми (из них 48 девочек). Первые приступы болезни у 19

больных возникали до 1 года, у 131—в возрасте 1—5 лет. Если у детей были множественные приступы на протяжении 2—4 лет с кратковременными ремиссиями между ними, то учитывались лишь приступы с различной психопатологической картиной. Повторные приступы, обнаруженные у детей старше 5 лет, анализировались в общих катамнестических сводках. Только у 11 детей 5—8-летнего возраста были рассмотрены приступы болезни более подробно с целью анализа редко встречающихся психопатологических расстройств в этой возрастной группе. Всего было изучено 277 приступов у больных в раннем детстве, преддошкольном и дошкольном возрасте.

Типология приступов у детей в возрасте до 1 года (по данным анамнеза). У 6 больных во время приступов наблюдались расстройства сна и общее беспокойство. Похожий тип психопатологических расстройств уже рассматривался нами у детей, больных непрерывной злокачественной и приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией. В этих случаях заболевание начиналось с расстройств сна: ночной сон становился тревожным, прерывистым, дети просыпались с плачем и беспокойством. Такие состояния повторялись несколько раз в неделю, продолжались от получаса до часа, не зависели от дискомфорта или соматического нездоровья и отмечались на протяжении 2—6 мес. В этот период дети становились беспокойными, много плакали, плохо ели, с трудом засыпали днем.

У 4 детей в возрасте 6—12 мес обнаружена вялость, сопровождавшаяся безрадостностью, утратой реакции на мать, игрушки, пищу. Вялость сменялась двигательным возбуждением в виде общего беспокойства со стремлением к движениям руками, ногами, перевертываниями. Двигательное возбуждение было монотонным, настроение равнодушное. У всех больных впоследствии обнаружена задержка психофизического развития.

У 1 ребенка аффективный приступ развился в 9—10-месячном возрасте. Состояние определялось повышенным настроением, подвижностью: девочка стремилась встать на ноги, сесть, всем улыбалась. Перестала спать днем, ночной сон стал укороченным и прерывистым. Просыпаясь ночью, играла, смеялась; несмотря на бессонную ночь, днем оставалась веселой, активной, «неутомляемой». В это время «разучилась» плакать. Двигательное возбуждение протекало без симптомов регресса, сочеталось с повышенным настроением, что давало основание предполагать аффективную природу анализируемого состояния. Правильность этого предположения подтверждало отсутствие задержки психического развития в постприступном периоде, а также появление повторных приступов с аффективными расстройствами.

У 8 детей во время приступов были обнаружены регресс

поведения, потеря первых навыков и речи. Исчезла реакция на обращение, снизилась активность, появилось безразличие к родителям. Через 2—4 нед, поведение восстановилось почти до прежнего уровня. При повторных приступах у этих детей наблюдались аффективно-регрессивные расстройства.

Типология приступов у детей в возрасте 1—5 (8) лет. Неврозоподобные расстройства обнаружены у 45 больных (всего 59 приступов). Длительность приступов 2—6 мес, возраст, в котором они появились, от 1 года до 6 лет. Болезнь начиналась с изменения общего поведения: дети становились капризными, своевольными, черствыми и жестокими в отношении с родителями. У них периодически возникали истероформные реакции, в их желаниях начинала проступать двойственность. Повышалась чувствительность к громким звукам, замечаниям, смене обстановки. У больных снижался аппетит, затруднялась засыпание, устанавливалось более раннее пробуждение. Помимо этого, у 25 больных возникали двигательные расстройства. Это были однообразные движения, утратившие свою целесообразность. У самых маленьких детей к ним относились движения головой, плечами, кистями рук, у детей постарше наряду с этим — более сложные движения, связанные с подтягиванием одежды и т. п. Если внимание детей фиксировалось на движениях со стороны, то они могли удержаться от их выполнения, хотя дети до 3-летнего, а нередко и до 5-летнего возраста понимали бесполезности совершаемых ими действий. У всех больных движения повторялись помногу раз в день и вели к усилению общего беспокойства. Бесцельные движения у детей до 3-летнего возраста легко автоматизировались и тогда совсем не замечались ими. У детей 4—5-летнего возраста подобные движения приобретали навязчивый характер. Такие дети могли сказать, что «движения им мешают», что они «хотят, но не могут сдерживать их». У многих детей наблюдались гиперкинезы и тики, а также патологические привычные движения, доставляющие им удовольствие. Они сосали язык, грызли ногти, одежду. Патологические движения возникали в дневное время, усиливались при волнении и не были связаны с изменениями мышечного тонуса.

У 7 детей клиническая картина в приступах ограничивалась перечисленными расстройствами. У 38 детей в 52 приступах, помимо этого, были страх и опасения. В этих приступах двигательные расстройства были стертыми и временами полностью отсутствовали.

Истинных фобий у детей в возрасте 1—2 лет не было, а наблюдались состояния безотчетного страха. Если они возникали в ночное время, сон прерывался плачем. Проснувшись, дети проявляли беспокойство, в тревоге прятались

за мать. Внешний вид и поступки ребенка подтверждали состояние страха. Дети постарше, 2—3-летнего возраста, при наличии развитой речи могли подтвердить, что им «страшно». В дневное время у них проявлялась боязнь темноты, своей кровати, машин, новой обстановки и т. п. У детей 3—5 лет тематика фобий была сложнее, появлялся необычный страх дыма, огня, теней, облаков, складок одежды и т. п. Нередко даже у маленьких фобии отличались вычурностью. Например, дети боялись глаз, губ, смеха. При этом у детей до 3—4-летнего возраста фобии возникали обычно при столкновении с устрашающим объектом.

Таблица 5. Время начала приступов при малопрогрессирующей приступообразной шизофрении.

Тип приступов	Время начала приступов							Общее число приступо в
	До 1 год а	От 1 до 2 лет	От 2 до 3 лет	От 3 до 4 лет	От 4 до 5 лет	От 5 до 6 лет	От 6 до 8 лет	
Расстройство сна, общее беспокойство, акинезии, двигательное возбуждение до 1 года	19							19
Неврозоподобные		10	13	22	12	2		59
Полиморфные аффективно- неврозоподобные		1	12	40	38	25		116
Аффект тревоги, страха с расстройствами восприятия		2	5	8	13	11	4	43
Аффект тревоги, страх, психомоторное возбуждение, явления сновидности					1	3	2	6
Аффект тревоги в сочетании с недоброжелательным отношением						5	10	15
Регрессивные		5	4	8	2			19

Страхи у этих детей были мономорфными, с однообразной тематикой, и полиморфными. Беспочвенность и повторяемость страхов наблюдалась у всех больных, ощущение их чуждости появлялось только к 3—4 годам. Следует заметить, что, когда дети 2—4-летнего возраста были в спокойном состоянии, у них

не удавалось выяснить причину боязни, так как они полностью отрицали ее наличие.

Со времени формирования фразовой речи у детей появлялись опасения обыденного, примитивного содержания. Они боялись, что испачкают руки, что мать не придет за ними в сад и т. д. В возрасте 3—5 лет уже обнаруживались полярные опасения. Так, одни дети боялись попасть под машину и тут же испытывали желание броситься под нее, другие боялись умереть и испытывали желание упасть на рельсы и т. п. Иногда в навязчивостях отражались агрессивные влечения. Тогда у некоторых детей возникало желание бить, кусать, щипать родных и раскаяние, мысль о том, что они «плохие» дети

Для приступов у детей 2/2—5 лет в первом кризовом периоде характерны навязчивые вопросы Физиологически обусловленные возрастом вопросы утрачивали свое познавательное значение, бессмысленно повторялись детьми помногу раз. Дети не интересовались ответами или требовали определенного, одного и того же ответа У некоторых тогда же возникало однообразное повторение рифмованных неологизмов типа «Рык, окына, орыка, камелета», «Модель — водель» У некоторых возникали отвлеченные, «заумные» вопросы из области астрономии, о жизни и смерти, «философии». Например: «Есть нет? Нет есть?» — «Утверждение отрицания и отрицание утверждения» У этих детей повторяющиеся представления имели характерные качества навязчивых — были тягостны и чужды больному. С появлением ощущения чуждости навязчивостей у некоторых детей возникали ритуалы защитного характера: «Чтобы не кашлять, надо подержаться за карман, коснуться мебели, пересчитать пуговицы». В вечерние часы навязчивости усиливались. Некоторые дети отказывались при этом от сна, объясняя отказ страхом, что будут мешать мысли и им не заснуть. Тогда уже у ряда детей возникали повторяющиеся однообразные сновидения, которых они пугались. У многих детей были обнаружены сенестопатии «Стреляет в голову», «Колет в руках и ногах» и алгические жалобы «Болят руки», «Болит голова» и т.д.

В 9 приступах на высоте состояния возникал элективный мутизм. Дети переставали отвечать на вопросы посторонних, а нередко и родных. Некоторые пытались отвечать, но шевелили языком, гримасничали и все-таки молчали. Подбадривания и уговоры только усиливали эти явления. Оказалось, что иногда в таких случаях появлялись симптомы регресса речи, возвращалось лепетное и косноязычное произношение звуков. У детей с элективным мутизмом резкая идеаторная тормозимость сочеталась с общей заторможенностью. Увеличивалась угловатость движений, особенно в новой обстановке, в

присутствии посторонних.

Периодически у всех детей наступали состояния резкой тревоги, беспокойства, которые сопровождались вегетативными симптомами: холодели руки, ноги, краснело и бледнело лицо, появлялись потливость, неприятные ощущения в сердце, тошнота.

При затяжном течении приступов (длительностью около полугода или года) поведение детей было монотонно-однообразным. Игра становилась проще, они отказывались от игрушек, стремились играть «про себя», не выполняли целенаправленных заданий, все меньше общались со сверстниками, сторонились родных. У 11 детей игра протекала с чертами насильственности и временами сочеталась с аутистическими примитивными фантазиями. Дети начинали стремиться к определенному режиму, не радовались новым игрушкам, одежде, смена обстановки раздражала их, они вели жизнь затворников.

Катамнез 3—8-лет показал, что, несмотря на повторные приступы, 35 детей смогли учиться по программе общеобразовательной школы, 3 — вспомогательной школы, 2 — по индивидуальной программе (о 5 больных сведения получить не удалось).

Неврозоподобная структура повторных приступов обнаружена у 38 детей. У всех больных, особенно после первых приступов, возникших в возрасте 1—3 лет, обнаруживалось нарушение психического развития, отставание в приобретении социальных навыков, углубление замкнутости и холодности к родным, отгороженность от окружающих. Психопатологическая картина усложнялась в повторных приступах только у 2 детей: у них возникли аффективные расстройства и выраженные идеи антипатии к родным.

Больная 3, 1961 г рождения. По линии матери и отца много родственников с личностной патологией шизоидного круга, больных амбулаторными формами шизофрении.

Обследуемая от первой беременности. В первой ее половине у матери были тошнота, отеки ног. Роды в срок, сухие, затяжные, со стимуляцией. Девочка родилась в синей асфиксии, закричала после пошлепывания. Две недели держалась желтуха. Сосала вяло, засыпала у груди. Выписана из родильного дома на 9-е сутки. Масса тела 3500 г, длина 50 см. В домашних условиях была повышено чувствительна к дискомфорту, плакала, была беспокойной. Сидела к 7 мес стала ходить к 1 году, до 1 года уже говорила первые слова. После 1 года изменилась, отталкивала от себя мать, когда та пыталась ее поцеловать, вытиралась, если

это делал дед, не играла, суежилась, от детей убегала. Начинала произносить новые слова, затем переставала ими пользоваться, приобретала новые слова и вновь утрачивала их. В таком состоянии была несколько месяцев. Затем стала вновь активнее, лучше развивалась, к 2 годам сформировалась фразовая речь, запоминала стихи. С родными оставалась неласковой. Когда девочке было 3 года, родился брат. На его рождение первое время не реагировала. Вскоре возник страх лифта, затем боязнь ветра и солнца. Относилась к ним, как к живым существам. Отмечалось дневное и ночное недержание мочи. Спустя 2—3 мес страх прошел, стала снова выходить на улицу без протеста. Ничего не боялась, стремилась уйти на чужие дворы, рылась в мусоре, выбирала стекляшки, железки без чувства брезгливости. Чистыми, красивыми стеклами, специально принесенными ей для игры, не интересовалась. Игра упростилась: переставляла с места на место обувь, завязывала и развязывала помногу раз шнурки ботинок, держала подолгу руки в воде, смотрела лишь старые книги. Требовала, чтобы мать с ней обращалась, как с младенцем, заворачивала в одеяльце. Разговаривая, сюсюкала, неотчетливо, как раньше, произносила слова. Все делала наоборот, в желаниях была противоречива. Проконсультирована у психиатра. Отмечены некоторые особенности характера, интеллектуальное развитие признано соответствующим возрасту. Лекарственных назначений не сделано, даны рекомендации по воспитанию. В возрасте 3 лет 5 мес — 4 лет состояние вновь улучшилось, стала легче подчиняться. Появился прежний интерес к книгам, учила с дедом стихи, пересказывала. Играла в машины, кукол не любила. Наблюдала со стороны за детьми, перестала обижать брата.

В 4 года отдана в детский сад. Ходить туда отказывалась, плакала по дороге и в саду, сидела в стороне от детей, ни во что не играла. При укладывании спать боялась чего-то, пряталась за мать, по ночам просыпалась в страхе. Тут же девочку забрали из сада. Спустя 3 мес страх прошел. Стала играть в игрушки, но без прежней активности. Иногда не хотела выходить из дома, боялась, что ее отведут в детский сад. До 5 лет воспитывалась дома. Состояние не вызывало опасений. На 6-м году поведение стало необычным, снизился интерес к окружающему, ни о чем не спрашивала, забросила игры. Когда к ней обращались, словно не слышала вопросов, иногда что-то бормотала. Ела вяло. На улицу выводили с трудом. Спустя 4,5—6 мес, примерно в 5,5 лет, наступило улучшение «Ожила», увлеклась играми в трубы и воду. Говорила, что будет «инженером по канализации», расспрашивала, как и куда течет вода по трубам, слушала, как она переливается в батареях. На улице заговаривала о трубах с незнакомыми людьми. Собирала старые, ржавые трубы, гладила их с наслаждением, несла домой. К 6 годам вновь стала капризной, плакала без причины. С тревогой спрашивала мать, мама она ли, словно не могла ее узнать, волновалась. Иногда

говорила, что у нее одна рука хорошая, другая — плохая, не слушается ее. В связи с таким состоянием в возрасте от 6 лет 7 мес до 6 лет 10 мес лечилась в психиатрической больнице. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Симптомов органического поражения центральной нервной системы не обнаружено.

Психический статус: в отделение пошла неохотно, сопротивлялась. Выражение лица осмысленное, гримасничала, со взрослыми не говорила. С детьми не играла. Преобладало подавленное, с раздражительностью настроение, которое слегка улучшалось в вечерние часы. Иногда начинала интересоваться некоторыми игрушками. Делила свое тело на две части: правая сторона и правая рука — мои, хорошие, а левая — не моя, плохая. Избивала левую руку.

Себя обслуживала плохо, ее кормили, нуждалась в постоянной помощи персонала. Проведены 30 инъекций инсулинотерапии гипогликемическими дозами, лечение соответственно возрасту аминазином, тизерцином, галоперидолом, резерпином. После выписки стала несколько активнее, приветливее с бабушкой, братом. На улице обижала маленьких детей. Играла дома в основном в правую и левую руки, в другие игры вовлечь не удавалось. К 7 годам состояние улучшилось, однако оставалась пассивной, подчинялась маленькому брату. Учила буквы, писала, научилась читать. С детьми на улице не играла.

В 8 лет 4 мес поступила повторно в психиатрическую больницу. Внутренние органы без патологии. При поступлении знала, что ее помещают в больницу, не хотела оставлять мать. Держалась в стороне от детей. Просилась домой. Говорила, грассируя, нарочито переставляла звуки в словах, нередко в ответах не к месту пользовалась штампами. О себе говорила в третьем лице. Задания выполняла наспех, кое-как. Писала «письма» домой, которые состояли из слов «мама, Сережа, бабуля». На картинках дифференцировала цветы, фрукты, предметы обихода. Многие задания отказывалась выполнять, недовольство выражала косвенно брала куклу и бранила ее. Некоторые дети в отделении вызвали особую неприязнь. Время от времени подбегала к ним, старалась ударить по лицу, ткнуть острым в глаза. Иногда терзала куклу, отрывала ей руки, ноги, откручивала голову, срывала платье. Изо дня в день повторяла одни и те же вопросы «Где кровь? А в ушках кровь? А в глазах есть кровь? Я люблю кровь пить». Расковыривала себе руки и сосала из ранок кровь. Помногу раз в день требовала, чтобы процедурная сестра взяла у нее кровь. Настроение изменчивое то в течение нескольких дней была смешлива, дурачилась, манерно кривлялась, легко гневалась, становясь злобной, импульсивной, то целыми днями была подавлена, тревожна, капризничала, плакала. Именно тогда начинала называть себя другими именами. На зов или

приветствие отвечала: «Я не Римма, я Таня Егорова», но тут же могла сказать «Нет, я Оля» или «я Наташа». Иногда называла себя только одним чужим именем. При этом вдруг начинала допытываться у персонала, как ее зовут, кто она Римма или нет? Недоумевала, начинала плакать. Иногда показывала свою руку или ногу и спрашивала: «Это чья нога А рука? Это чужая рука, ее оторвать надо, пусть на ней будут царапины, будет знать, как не слушаться». Иногда просила у персонала бинт, завязывала руку, палец и приговаривала, что они у нее сломанные наверное и не слушаются ее. Манерно отставив левую руку, смотрела на нее, как на посторонний предмет и приговаривала «Почему ты не слушаешь меня? Дряннь, уходи от меня». При этом била руку, щипала. При попытках остановить ее кричала- «Она меня не слушает. Хочу, чтобы мне отрезали эту плохую руку». В это же время не узнавала знакомые ей предметы на картинках, с удивлением спрашивала «Это морковь? Это что? Почему она не такая?». Плакала, отказывалась смотреть картинки, старалась разорвать их.

Деятельность ее была однообразной и бедной изо дня в день. На индивидуальных занятиях с педагогом писала так называемые письма домой. Горестно приговаривала, что обманывала маму, плохо вела себя в больнице и ей здесь придется быть всю жизнь. Ела неряшливо и немного. Засыпала с трудом, онанировала, однообразно трогала глаз, плевала на указательный палец. Временами в отделении боялась взглядов окружающих, набрасывалась на детей с криком- «Не смотри ». Стремилась оцарапать проходящих, объясняла свои поступки желанием посмотреть, как будет литься кровь. Или задавала одни и те же вопросы: «Течет у тебя из глаза кровь? Правда течет? Я говорю, что течет». Сама уставала от своих вопросов, но не могла остановиться. Часто возбуждалась, не переносила шумного разговора, задевала, дразнила детей. В играх, при выполнении заданий по побуждению действовала необдуманно, наугад, была неспособна к устойчивой целенаправленной деятельности.

Проведено лечение последовательно аминазином, тизерцином, неулептилом, стеллазином. В 8 лет 9 мес выписана домой. Получала поддерживающую терапию неулептилом, временами принимала меллерил. После лечения в больнице стала послушнее, спокойнее. В течение последнего года настроение временами становилось плохим. Тогда капризничала, плакала, обижала брата, спрашивала: «Почему я не умираю? Сейчас глазки закрою и буду умирать?» Вновь возникали вопросы о крови: «Что просвечивает под ногтями? Кровь». Прикрывала ладошкой глаза, смотрела через нее на свет, говорила, что ей очень нужна кровь. Ковыряла уши до крови, стремилась занозить пальцы. На улице неожиданно набрасывалась на мальчиков и срывала у них с головы шапки. На приеме у врача говорила, что она «грустная». Спрашивала «Почему окна не

отражают днем, а только вечером? Почему тебя нужно называть Вы? Если бы вас было двое, я бы называла Вы, а ты же одна, я тебя и называю ты. Почему называют самолет? Он не самолет, а машолет» и д. т. С 9 лет 4 мес стала обучаться по программе массовой школы индивидуально. Занималась только с посторонней помощью Не следила за смыслом читаемого, пересказывала почти наизусть. — Считала механически до 100, складывала и вычитала с ошибками в пределах двух десятков. С братом иногда играла.

Катамнез в 12 лет 4 мес. Продолжала учиться индивидуально. Усваивала материал по облегченной программе. Работала только с помощью. Переворачивала стулья, стоявшие у стола, ножками вверх перед началом каждого занятия. По дому помогала мало. С годами обрастала ненужными привычками, если их не выполняла, раздражалась. С утра подолгу умывалась, несколько раз смачивала руки, растирала кожу между пальцев до крови. Ела только в одиночестве и определенную пищу: на завтрак — яичницу, на обед — суп, вечером — бутерброды с сыром или вареньем. Сладкое ела без меры, сама не могла остановиться. Одевалась самостоятельно и в определенные платья, протестовала против любой смены одежды. Ветхие вещи родители заменяли на новые хитроумными способами: говорили, что их украли, и т. п. Новые платья не соглашалась даже примерить. Особенно трудно переходила от вещей одного сезона к вещам другого. Иногда принимала непонятное решение начать носить зимнее пальто с определенного месяца, мерзла, но не соглашалась надевать его именно до того дня. Вечером перед сном прятала подушку матери, отдавала ее после длительных уговоров, если не отбирали, сердилась, долго не засыпала. Одни привычки периодически сменялись другими. Интерес к шапкам и крови примерно к 10-летнему возрасту полностью исчез, но стала хватать проходящих мимо нее людей за подол платья или пиджака, возбуждалась, веселела. Выстригала со своей головы пучки волос. Все больше отдалялась от родных. Была спокойной, когда не обращали внимания на ее привычки.

Физическое развитие соответствовало возрасту, половой метаморфоз завершен, пикнического сложения. Внутренние органы без патологии.

Заключение. При последнем осмотре дефект сложной структуры характеризовало диссоциированное олигофреноподобное недоразвитие. Психический инфантилизм причудливо сочетался с однообразным аутистическим поведением, которое в основном сводилось к импульсивным и навязчивым влечениям, действиям, нередко принимавшим характер сложных ритуалов. Из-за вялости побуждений целенаправленная деятельность была возможна только с посторонней помощью, хотя сохранялись память, способность к

усвоению относительно сложных знаний. Выраженной степени достигла эмоциональная обедненность с отчуждением от родных и сверстников.

Возникновение заболевания можно отнести предположительно к началу 2-го года жизни. В этот период обнаруживалась флюктуирующая активность с временной утратой навыков, речи, первые признаки отрицания естественных контактов с матерью, задержка развития, эпизодическое бесцельное двигательное беспокойство. Болезнь началась подостро, болезненное состояние длилось несколько месяцев, а затем установилась ремиссия с аутистическими чертами в поведении, неустойчивостью эмоций, недостаточностью контактов. В постприступном периоде обращало на себя внимание хорошее интеллектуальное развитие.

В дальнейшем девочка переносит еще 5 приступов болезни. Второй приступ к 3—3,5 года характеризовали навязчивый страх, в развернутом периоде болезни присоединились проявления регресса в легкой степени. По выходе из приступа наблюдались аффективная неустойчивость, перверзные влечения, патологическая игра. Третий приступ (в 4 года) спровоцирован психогенно, его определяют навязчивые страхи, тревога, ночной страх. Однако состояние в период ремиссии характеризовали не только аутизм, но и падение активности, недостаточность мотивации в поведении. Четвертый приступ возник в 5-летнем возрасте- адинамическая депрессия с резким падением активности сменилась несколько приподнятым настроением с патологическими влечениями. Пятый приступ также сдвоенный- состояние тревожной депрессии с деперсонализационными расстройствами сменялось стертым гипоманиакальным состоянием с патологическими перверзными влечениями Шестой приступ, между 8 годами 4 мес и 9 годами, аффективный с деперсонализационными расстройствами в форме нарушения восприятия физической целостности, аутопсихическая деперсонализация протекала без истинного раздвоения самосознания, а только в виде замены собственного «Я» иным «Я», ложными узнаваниями. Аффективные расстройства в этом приступе, как и в предшествующем, стали отчетливее, носили фазный характер, депрессия была тревожной, с недовольством окружающим; при усилении депрессии в утренние часы появлялись элементы растерянности, деперсонализационные расстройства, гипомания была непродуктивной, сочеталась с гневливостью, манерным поведением, подчеркнутостью перверзных влечений к крови. Ремиссия установилась приблизительно к 9/2 годам, с резидуальными навязчивостями, нарушенными влечениями, эпизодами сниженного настроения. В период между 12 и 12,5 годами жизни сохранилось относительно стабильное состояние, наблюдалось постепенное потускнение навязчивостей,

эмоциональных расстройств, все более четко выступали черты дефекта в форме диссоциированного психического недоразвития, эмоционального потускнения, резко возмужавшей отгороженностью от окружающих, аутистическими чертами в поведении.

В приведенном случае болезнь протекала приступообразно-прогредиентно. Приступы множественные. Мы специально приводим данное клиническое наблюдение, на примере которого можно показать структуру разнообразных приступов болезни. Для данной формы течения характерно подострое, трудно устанавливаемое начало, стертый выход в ремиссию, не только аутохтонное, но и психогенное начало ряда приступов. К особенностям болезни в данном случае следует отнести не только поступательный, но и перемежающийся (то прогрессирующий, то регрессирующий) характер прогредиентности. Ряд последующих приступов были по клинической картине легче, чем предшествующие.

Другой особенностью заболевания в данном случае у маленьких больных является то, что трансформация психопатологических симптомокомплексов в разных приступах зависит не только от степени прогредиентности болезни, но и от неравномерного развития больного, его онтогенетического уровня. Симптомы регресса возникают до первого возрастного криза. Деперсонализационные расстройства к 6 годам и в последующие 2 года усложняются. После 3—5 лет заметно усложнение и аффективных расстройств с появлением фазности, континуальности. В зависимости от структуры психопатологических расстройств происходит видоизменение игровой деятельности: регресс игры в первом приступе, игра с элементами патологического влечения — во втором, игра в левую и правую стороны тела в связи с деперсонализационными расстройствами после шестого приступа.

На примере этой истории болезни видно, что не всегда удастся однозначно определить прогредиентность заболевания. На одних этапах болезни тип малопрогредиентный, на других болезнь носит отчетливо прогредиентный характер. И не всегда прогредиентность нарастает в поступательной последовательности. Можно ли было при всех перечисленных особенностях развития болезни предвидеть не столь благоприятный исход, как это предполагается при малопрогредиентной форме течения шизофрении, в особенности на ранних этапах ее развития? Симптомы регресса в первом приступе и симптомы даже нерезко выраженного падения активности в повторных приступах болезни всегда должны настораживать в отношении возможности формирования глубокого искажения личности вплоть до задержки психического развития. Стертость аффективных симптомов,

непродуктивный характер гипомании, сочетание тревожной депрессии с деперсонализационными симптомами, навязчивостями, явлениями растерянности тяжелее, чем «чистые» аффективные расстройства. Резидуальные симптомы в виде навязчивостей и нарушенных влечений в ремиссиях, не только затруднявшие, но и нередко исключавшие направленную продуктивность больной, также являются прогностическими признаками, которые должны настораживать врача в отношении возможности более глубоких дефектных состояний у таких детей. Частота, с которой возникали повторные приступы, краткость ремиссий могли быть использованы наряду с другими неблагоприятными прогностическими критериями. Таким образом, нередко только длительное клинико-динамическое наблюдение помогает верификации этих состояний. Особенно становится ясной недостаточность однократной квалификации состояния больного в этих случаях, на что хотелось бы обратить внимание при разборе описанного случая. Отсутствие данных в пользу текущего органического процесса (исследования неврологического статуса, рентгенограммы черепа, ЭЭГ, отрицательные результаты анализа крови по Вассерману и отрицательная реакция связывания „комплемента с токсоплазменным антигеном), как и рассмотренные особенности течения болезни, особенности психопатологических расстройств и качество дефектного состояния, наконец, большая отягощенность семейного анамнеза (наличие у родственников расстройств шизофренического спектра) позволили отнести этот случай к приступообразно-прогредиентной шизофрении.

Полиморфные, аффективно-неврозоподобные расстройства обнаружены у 110 больных в возрасте 1—6 лет (всего 116 приступов).

Состояние в 7 приступах было астенодепрессивным. Болезнь начиналась с появления утомляемости, усталости, беспричинной астении, явлений раздражительной слабости. Дети переставали играть, отказывалась слушать чтение книг, хуже понимали, не усваивали и не запоминали новый материал, не вспоминали знакомые сказки, стихи. Наряду с этими симптомами возникали явные депрессивные расстройства. Так, у одних детей появлялась беспричинная жалостливость по отношению к неодушевленным предметам. Рваная книга или поломанная игрушка вызывала острое сострадание, плач, что контрастировало с холодным отношением к родным. У детей старше 3—6 лет иногда появлялись мысли о смерти, своей ненужности, возникало ощущение вины: «Зачем я нужна такая маме, лучше умереть». В некоторые дни депрессия приобретала характер слезливой: дети вставали и ложились с плачем, причину слез не знали, не могли определить своих желаний, монотонно хныкали и ничем не занимались.

У всех детей на протяжении приступа болезни фон настроения сохранялся сниженным, но степень выраженности депрессии колебалась; периодически настроение несколько улучшалось. Установить определенную закономерность в сдвигах настроения не удавалось.

У 44 больных в 50 приступах была депрессия адинамического типа. Приступ болезни начинался с нарастания безразличия, вялости, обездвиженности. Больные дети отказывались от игр, прогулок. Некоторые тяготились «бездельем», просили придумать им занятие, но в таком состоянии ничем не могли заинтересоваться. В этих случаях основной в клинической картине была адинамия, а подавленность выражена незначительно. Дети переставали одеваться сами, медленно и плохо ели, мало говорили, речь становилась смазанной, невнятной, голос — тихим. В 25 приступах отмечались явления элективного мутизма.

У некоторых больных состояние ухудшалось. Они подолгу оставались в постели, лежали молча, ни о чем не просили и не жаловались. Появлялась пассивная подчиняемость, акинезия, отказывались от пищи. Когда их пытались поднять — поднимались, сажали — сидели, ставили — стояли, а затем вновь ложились в постель. Если родные или персонал очень докучали им вопросами, в редких случаях могли сказать, чтобы они отстали. На обращение к ним, в основном не отвечали. Подобные состояния обычно продолжались 2—3 нед, а затем наблюдалась вялость с легкой подавленностью и бездеятельностью. Значительная двигательная заторможенность, элективный мутизм, почти полное отсутствие негативистических реакций и пассивная подчиняемость давали основание квалифицировать эти состояния как депрессивно-субступорозные.

В остальных 25 приступах акинезия не достигала такой выраженности, состояния адинамии временами прерывались тревожным беспокойством. В этот период у детей усиливались патологические привычки, появлялись моторные стереотипии, а у некоторых возникали или увеличивались опасения заболеть, мысли о покойниках, похоронах, о своей несостоятельности. Такие дети в возрасте 4—6 лет могли определить свое состояние как скучное, плохое, невеселое. Суточные колебания настроения были своеобразными, состояние ухудшалось после дневного и ночного сна; при этом оно характеризовалось появлением недовольства и суетливого возбуждения.

Негативистический характер депрессии обнаружен в приступах у 42 детей. Приступы болезни развивались исподволь, сниженное настроение сочеталось со стремлением сделать наоборот, двойственным отношением к окружающим. Дети становились хмурыми, мрачными, все вызывало у них

недовольство. Они отказывались от общения с родителями, от игр со сверстниками, проявляли в отношении их агрессию, не подчинялись им, не придерживались режима дня.

В дальнейшем при углублении депрессии этого типа дети становились молчаливыми, мало двигались. Лишь иногда высказывали недовольство, бранили родных, ломали игрушки, в ожесточении наносили себе повреждения, выкрикивали самообвинения: «Я дурак, я жалкий, я болван» и т. д. При этом типе депрессии отчетливо выступали суточные смены настроения. К вечеру, когда оно несколько улучшалось, поведение детей становилось особенно плохим. Они много бегали, возились и приставали к взрослым, стараясь им всячески досадить. У них появились патологические влечения: интерес к телу, стремление нанести повреждения, надавить, причинить боль и тут же погладить, поцеловать. Возникало желание обнажаться, онанировать, извращался инстинкт самосохранения: наступало безразличие к опасности, снижалась болевая чувствительность. Одновременно возникали тревожные опасения о своем здоровье, страх загрязниться, съесть плохо вымытую пищу, а также двигательные расстройства в виде гиперкинезов, тиков, гримас, лишних движений. В некоторых случаях «оживали» патологические игры, в них отражался повышенный интерес к агрессии, казням и т. п. Например, дети придумывали игру в магазин, в котором «продавали яд» и «люди пачками умирали от этого яда», или говорили только о бомбах, складах оружия, с помощью которого они собирались «уничтожить всех людей».

Из 99 аффективно-полиморфных приступов в 55 на протяжении 2—3 нед держалось депрессивное состояние, которое сменялось более ровным настроением, а затем спустя 1—2 нед вновь сниженным. Течение болезни было либо непрерывное, с частыми обострениями, либо в форме серии монополярных, нечетко отграниченных, коротких приступов.

У 6 детей сниженное настроение сменялось смешанным. При этом хмурое, подавленное настроение сохранялось, но к нему присоединялось идеаторное возбуждение в виде аутистического фантазирования. Дети легко вступали в беседу, но не отвечали на вопросы, а говорили на интересующие их темы, не слушая собеседников, не обращая внимания на их реакцию. Предоставленные себе, они подолгу разговаривали сами с собой, оставаясь бездеятельными и малоподвижными. У этих детей за смешанным состоянием вновь наступала депрессия.

У 21 больного после депрессивных состояний наблюдались стертые гипоманиакальные. Континуальная смена фаз была у 15 из них, а у остальных 6 депрессивное состояние сменялось гипоманиакальным после периода относительно ровного

настроения. Характерна была частая смена настроения: примерно 7—28 дней держалось одно состояние, 7—21 день — другое. В целом процесс протекал очень монотонно, на протяжении 1/2—2 лет и даже больше. Состояние манил занимали меньше времени в приступах в сравнении с состоянием депрессии.

В гипомании настроение повышалось. Направленная продуктивность не возрастала, двигательная активность усиливалась. Больные становились суетливыми, много, но без толку двигались, все время меняли положение, ни на чем не сосредоточивались. Говорили больше обычного, иногда задавали пустые вопросы. Некоторые дети в повторных приступах, став постарше, высказывали идеи силы, могущества, высокого происхождения,

называли себя «необыкновенными» («Верховным правителем», «князем», говорили «о миллиарде жен...»), в то время как в депрессивном состоянии называли себя «великим ничтожеством», считали себя плохими, непослушными, виноватыми.

У некоторых детей усиливалась аутистическая продукция: одни с утра до вечера рисовали, другие писали сказки про вымышленные страны и несуществующих зверей — «Усика и Усюню», «Арри и Коакса» и др., третьи составляли никому не нужные каталоги, списки названий песен. Такие дети весь день были заняты своей игрой. Вовлечь их в обычные игры было невозможно, они злобно протестовали. В гипоманиакальном состоянии дети по-прежнему оставались одинокими, отказывались от общения со сверстниками, высказывали чело́веконенавистнические взгляды о том, что- «людей надо уничтожить», что «они плохие», что «лучше жить среди животных, где никого нет».

Больные девочки фантазировали о царицах, украшениях, замужестве, мальчики — преимущественно на военные и агрессивные сюжеты.

У 8 больных гипомания протекала с чертами дурашливости. Больные перенимали смешное, гримасничали, кривлялись. У них усиливались влечения, появлялись вопросы о деторождении, стремление к бранным словам. К вечеру дети становились беспокойнее, многоречивее, отказывались ложиться, без умолку говорили. Речь была отрывочной.

Смена мании ровным настроением или переход в противоположную фазу у одних детей наступал постепенно, у других — резко очерченно. В периоды улучшения состояния обнаруживались изменения личности, инфантилизм,

диссоциированная задержка психического развития, эмоциональная блеклость, черты психэстетической пропорции в чувствах, рассудочность и неприспособленность. Беспомощность нередко сочеталась с неблагоприятностью, презрительным отношением к матери и сверстникам. Обнаруживалась ригидность в мышлении, поведение было однообразным. У многих больных сохранялась высокая работоспособность вплоть до гиперактивности. В период ремиссии наблюдались, но не у всех остаточные влечения, стертые моторные расстройства (гиперкинезы, навязчивости) и невыраженные колебания настроения.

Больной Б, 1965 г. рождения. В наследственности по обоим родительским линиям психозы, шизофрения, личностные изменения шизоидного круга, алкоголизм у ближайших родственников.

Обследуемый от первой нормально протекавшей беременности. Роды в срок, затяжные, в связи с чем накладывали полостные щипцы. Родился без асфиксии. В младенчестве чувствительный к дискомфорту К 6 мес сидел, стал ходить к 1 году, в этом же возрасте начал говорить фразами. Был активен в играх, с родными ласков, стремился к детям.

В 1 год 6 мес стал бояться ветра, потом шума воды, шороха листьев, вентиляционных отверстий и движения воздуха, ртутной лампы. Сделался капризным, плакал без причины, отказывался играть, перестал сам одеваться. Начал говорить о себе в третьем лице, переставлял слоги и буквы в словах, давал новые названия вещам, придумывал свои слова. Плохо ел, похудел, по утрам долго лежал в кровати, был вялым, к вечеру становился беспокойным, протестовал, все делал наоборот, усиливались опасения. Иногда капризничал, плакал, никак нельзя было его успокоить. Примерно через 4—5 мес постепенно состояние улучшилось, но страх полностью не исчезал. К 2,5 годам опять стал активным, играл в игрушки, перевоплощался в автобус, кошек, сказочные образы, к детям не шел. Речь пользовался охотно. На улице уходил от сверстников. К 3 годам выучил все буквы, освоил чтение и счет в пределах десяти. Любил слушать чтение сказок, хорошо понимал смысл прочитанного. К 4 годам стал чрезмерно подвижным, говорливым, складывал из кубиков имя девочки, которая ему неожиданно понравилась на улице. С матерью был чрезмерно ласков, стремился прижаться к ней, поцеловать, погладить, забирался к ней на колени. На улице приходил в восторг от вида женских ног, старался коснуться их руками, возбуждался, краснел, на замечания реагировал хохотом. Игрушки ломал, проказничал, «смешил» родных, подражая посторонним, подмечал все смешное. Плохо спал, с вечера прыгал в кровати, не мог уснуть, пока не запеленали. К 4—6 годам снова стал

проявлять недовольство, из-за всего плакал, отказывался выходить на улицу. Появилась непереносимость громких звуков, стал бояться паутины, собак, машин, дырки в стене. Выведенный на улицу, боялся машин, но, рискуя быть раздавленным, не чувствуя опасности, стремился на проезжую часть дороги и шел прямо на мчащуюся на него машину. После этого становился дерзким, развязным, бранил мать, и опять начинал спрашивать, не наедет ли на него автобус. Когда видел собак, дрожал от страха, на глазах выступали слезы, но все же шел к собаке и стремился сунуть руку ей в пасть, хватал за шерсть. Ел плохо, отказывался от любимых блюд. Ни во что не мог играть, всем пресыщался.

Физический статус: черты лица феминного типа, повышенное питание. Со стороны внутренних органов без патологии. Неврологический статус, череп правильной формы, 53,5 см в окружности, подчеркнутый венозный рисунок на висках. Установочный нистагм в крайних отведениях глазных яблок. Сухожильные рефлексы оживлены. Координаторных нарушений нет.

Психический статус: без матери в кабинете врача не оставался. Беседовал с ним неохотно, хотя на вопросы отвечал пространно, рассуждал. К осмотру отнесся недоверчиво. Выдвинул версию о том, что к машинам прилипает паутина и она может захватить его руку. Тут же придумал другую, о том, что хочет быть машиной-мусорщиком, чтобы очистить всю грязь, возможно, и паутину с улиц. Игрушками не интересовывался. Запас знаний невысокий. Периодически становился особенно тревожным, бегал по кабинету, говорил что-то о паутине, не слушал уговоров, куда-то в страхе стремился. Успокоившись, равнодушно пытался выполнить требования врача.

В последующие 4 мес проводилось дегидратационное лечение, получал седуксен, амитриптилин, затем тизерцин, терален. Состояние улучшалось постепенно. Спустя 5 мес, после того как к ним в квартиру протекла вода, вновь возник острый страх, плакал, кричал. Стал бояться пятен на потолке, лифта, звонка. К 5 годам 11 мес — 6 годам настроение несколько улучшилось, стал веселее. Просил у матери тетради и писал в них о прошлых событиях, сочинял сказки, небылицы. Когда его пытались вовлечь в игры, набрасывался на мать и бабушку с кулаками, суетился, ничем не хотел заниматься. К 6 годам стал послушнее, вновь слушал чтение книг, удавалось заставить его рисовать, играть с игрушечными машинами. Легко сердился, кричал, но также легко успокаивался. С 8 лет стал посещать школу, постепенно приспособился к коллективу. Страхи, стремление к писанию небылиц исчезли. Учился на четверки и пятерки. Был обязательным, педантично выполнял все требования педагога. С родными был суховат, рационален. В школе держался в стороне

от всех.

В 11 лет 6 мес учится в школе на четверки и пятерки. Староста класса, редактор, постоянно выпускает стенную газету. Беспрекословно выполняет любую общественную работу. Со сверстниками держится ровно, как более старший, склонен поучать детей, рассуждает о долге, обязанностях пионера. Поступает, как положено, а не как хочется, подробно объясняя мотивы своих поступков. Дома ведет себя правильно. Отвечает на ласки родных, но сам не ласков. В беседе с врачом степенный, солидно рассуждает. Ответы тщательно взвешивает. Считает, что, несмотря на способности, мало работает. Интересы многообразные. Понимает шутку. Повышенно чувствителен к оценке его личности, краснеет, потеет, переплетает пальцы рук. Одноклассников называет друзьями, играет с ними в хоккей. Страхи отрицает, при подробных расспросах становится напряженным, затрудняется определить прошлое состояние.

Приступы ажитированной депрессии с деперсонализационными расстройствами выявлены у 17 больных в возрасте 3—6 лет. В этих случаях депрессия сочеталась с тревожностью, беспокойством, безотчетным страхом. Дети становились суевливыми, бездеятельными. На высоте тревожной депрессии возникали расстройства, близкие к деперсонализационным. У одних было нарушение восприятия собственной личности с отчуждением «Я», без истинного раздвоения «Я». При этом дети мучительно переживали утрату сознания собственного «Я». В тревоге спрашивали родных: «Кто я?». Расспрашивали, откуда родным известно, что «Я — это Я». К этому состоянию относились и ощущения, связанные с нарушением восприятия целостности тела, части которого переставали восприниматься больными как собственные. Дети жаловались, что «рука плохая, нога не слушается», просили избавить их от этих частей тела: «оторвать, отрезать их». У других больных появлялась неуверенность в совершении ими каких-либо действий. После любого действия они требовали от родных подтверждения: «Я пил или не пил?» и т. п.

В 12 наблюдениях возникло не истинное раздвоение самосознания, а замена собственного «Я» иным «Я». У одних детей это выражалось в том, что они начинали называть себя другим именем. У 4 больных при этом наступило отчуждение сознания принадлежности к определенному полу и заменилось сознанием принадлежности к противоположному полу. «Я — мальчик», — утверждала одна девочка; «Я — Александра Михайловна», — говорил другой мальчик; «Я не Боря, я — Яныч», — называл себя новым именем мальчик, «Того мальчика нет», — заявлял третий и т. п. Вследствие депрессивной деперсонализации у больных наступало патологическое игровое перевоплощение в зверей, насекомых и других существ.

Легкость отчуждения сознания «Я» в депрессивном состоянии наряду с наличием ригидности психических актов приводила к длительной фиксации ребенка на определенных представлениях. Это особенно сказывалось в однообразном игровом перевоплощении.

У 3 детей отмечался феномен, близкий к истинной деперсонализации с раздвоением сознания «Я». Дети ощущали присутствие себе подобного ребенка рядом с собой, иногда как-то по-другому воспринимали себя, но не могли объяснить этого. Своего двойника они называли своей фамилией. Всякий раз, когда дети в таком состоянии хотели есть, они говорили о себе как о других личностях и просили еды на двоих: «Мы к тебе с ним пришли, дай нам есть». Нарушение самосознания колебалось и зависело от степени депрессивного состояния. Даже суточные колебания отражались на процессе отчуждения «Я». В утренние часы, когда дети чувствовали себя хуже, они называли себя чужим именем, а к вечеру, при улучшении состояния, как бы забывали об этом или вспоминали, но уже не отказывались от своего имени.

Из 17 детей только у 5 обнаруживались и дереализационные явления. Больные жаловались на «туманное» или «как во сне» восприятие окружающего.

Таким образом, у 11,0 детей проанализировано 116 приступов аффективно-полиморфной структуры. В приступах основное место занимали адинамическая негативистическая депрессия и депрессия со страхом и ажитацией, которые сочетались с неврозоподобными расстройствами, патологическими играми, фантазированием, влечениями, симптомами, близкими к деперсонализационным расстройствам. Аффективные расстройства имели тенденцию к неглубоким колебаниям в пределах расстройств одного полюса. «Приступ» у этих больных охватывал, как правило, серию монополярных приступов или приступ с континуальным течением фазных расстройств настроения.

Катамнез 110 больных показал, что после становления ремиссии 94 ребенка смогли посещать детский сад или обучаться по программе обычной школы, а 9 детей — по программе вспомогательной школы. Глубина личностного дефекта у этих 9 больных зависела не только от нарушений развития в преморбиде, но и от степени выраженности расстройств в приступах болезни. О 7 детях сведения были недостаточны.

Приступы тревожного возбуждения, страха в сочетании с расстройствами восприятия отмечены у 43 детей в возрасте 1V2 — 8 лет. У 26 детей возникали расстройства сна и страх в просоночном состоянии, вслед за которым нарушались

поведение и общение с родными. Днем дети оставались пугливыми, временами настороженно вглядывались во что-то, к чему-то прислушивались, суетливо меняли положение, не находя себе места. В течение дня не раз наступало состояние ажитированной тревоги с метанием, дети куда-то стремились, выкрикивали опасения. У них затруднялось засыпание, а ночной сон прерывался пробуждением со страхом и просоночными обманами восприятия. Проснувшись, дети 3—6 лет вглядывались в пространство перед кроватью или смотрели на кровать, в сторону окон и в другие места помещения, уверяя, что там «Волк», «Страшный дядька», «Тигр рядом с кроватью», «Черная ворона», «Курица», «Он желтый» и т.п. Днем дети в таком состоянии редко что-либо рассказывали. При расспросе страх усиливался. Дети в возрасте 2—2,5 лет говорили, что их кусают насекомые (комары, мухи и т. п.), стряхивали и отгоняли кого-то от себя. Утверждали: «Там муха», «Бабочка» и т. д. В дневное время дети оставались тревожными, у них были резко выражены гиперестезия и гиперактузия, нарушались аппетит и игра. В единичных случаях галлюцинации возникали и в дневное время, также сопровождались страхом, дети в ужасе обходили места проекций галлюцинаций, иногда в тревоге просили мать перенести их через эти места. В некоторых случаях повторные расстройства восприятия возникали при засыпании и сопровождались острым страхом. Дети кричали: «Баба, вон муха», «Морды», «Боюсь, я их вижу».

Иногда у детей в возрасте до 3 лет появлялись примитивные слуховые обманы в виде «стука», «боя часов», «петушиного крика», а у детей в возрасте 4 лет и старше — более сложные слуховые обманы. Дети сообщали, что «Кто-то плачет», «Говорит непонятное», «В ушах разговор», «Голос в голове». Таким образом удалось установить, что у детей с возрастом усложнялись расстройства восприятия, но лишь одна девочка 5 лет 2 мес могла сказать о содержании услышанного, уверяя будто голос сказал: «Ты умрешь». У некоторых детей наряду со зрительными галлюцинациями обнаружены тактильные галлюцинации с особым, свойственным возрасту, содержанием: «На руках стекляшки», «Мальчики в руке».

В нескольких приступах выявлен «оральный» галлюциноз со стороны полости рта: «Во рту бумага и железки», «Во рту жженная бумага», «Во рту волосы» и т. п.

Один ребенок ощущал «неприятный запах», т. е. были обнаружены обонятельные галлюцинации.

Состояние тревоги днем у детей постепенно ослабевало, а к вечеру вновь усиливалось. Они отказывались спать на старом месте, где у них впервые возникли обманы восприятия. Спустя 5—12 дней острота состояния начинала спадать. Уменьшалась

тревога, но появлялись навязчивые опасения и гиперкинезы. Состояния ажитации становились все реже и короче.

Только в 4 случаях слуховые галлюцинации сохранялись на протяжении 2—4 мес. Дети оставались резко отгороженными от окружающих и загруженными. С персоналом почти не разговаривали, не обращались с просьбами, не играли. К чему-то постоянно прислушивались, иногда сами с собой разговаривали, повторяя фразы, не связанные смыслом. Настроение было тревожное.

Ремиссия после таких приступов формировалась постепенно. У больных выступали черты инфантилизма, несобранность, формальное отношение к окружающим, резидуальные аффективные расстройства в форме колебания настроения, навязчивых опасений, движений и тиков. Только у 4 детей эти расстройства оставались на протяжении 2—4 лет, у остальных — исчезали в более короткие (за месяцы) сроки. У этих больных были заметны резкая эмоциональная обедненность, психическая ригидность, инфантилизм. Эпизодически возникали опасения. Способность к обучению в школе сохранялась у всех детей.

У остальных 16 больных приступ начинался с тревожной депрессии, наряду с которой выступали опасения, страх, что с ними может что-то случиться. Дети отказывались выходить на улицу, не оставались одни в комнате. При усилении тревоги наблюдались состояния ажитации. На фоне тревожной депрессии у 13 детей в вечерне?, а у 3 — в дневное время возникали наплывы воспоминаний, которые сопровождалась визуализацией представлений. Образы располагались «на подушке», «перед глазами», «на стене» — наиболее частая локализация подобных расстройств. Дети отграничивали эти представления от реальных, однако при их появлении испытывали страх, «неприятное чувство». У 13 детей подобные расстройства возникали непроизвольно, у 3 — «видения» вызывались по собственному желанию. У 5 из 13 детей образцы перед глазами возникали непроизвольно, но напоминали ранее виденные «картинки в книге», «мультфильмы», «маленьких человечков в кино». Дети неохотно рассказывали об этих «видениях», аутистически переживая эти состояния. Последние расстройства похожи на галлюцинации воображения Дюпре, поскольку возникали сменяющиеся картины, связанные с прошлыми событиями, но по их локализации «в глазах» или «близко перед глазами», а также по тому, что их появление не зависело от воли ребенка, они частично напоминали псевдогаллюцинации. У некоторых детей тогда возникало одухотворение окружающих предметов: они боялись газовой колонки, звезды, «которая смотрела», глаз, «которые оживали на портрете» и т. п.

У 10 детей возникали сновидения печального или агрессивного содержания: дети видели во сне, «как они умирают», «как их съедают ведьмы» и другие сказочные персонажи. Сны повторялись с однообразным, как клише, содержанием, образцы в них отличались чувственностью и яркостью.

Все рассмотренные расстройства впервые появились в остром периоде и впоследствии многократно повторялись после некоторого улучшения общего состояния больных. Расстройства подобного типа возникали только у детей с высоким интеллектуальным развитием и склонностью к воображению. Больные не только представляли «образы», но и использовали их в играх, рисунках, фантазиях. Рассказывали о «видениях» красочно, давая им сказочное или фантастическое объяснение.

У 2 детей приступы подобной структуры были первичными, у остальных 14 — повторными, у 3 — возникали после приступов неврозоподобной, у 7 — аффективно-неврозоподобной, у 4 — аффективно-деперсонализационной структуры. Только у 3 детей после таких расстройств в последующих приступах появлялись истинные галлюцинации, а у остальных 13 и последующие приступы носили аффективно-неврозоподобный характер.

Катамнез этих больных показал их социальную адаптацию: у 13 детей — способность к обучению по программе обычной школы и у 3 — по индивидуальной программе. Изменения личностные у этих детей были резко выражены: формировался шизоидный тип с чертами отгороженности от окружающего мира, чрезмерно рациональным отношением к родным, аутистическими примитивными влечениями, чудаковатостью.

Клиническую картину в приступах у 6 детей определяли аффект страха: тревога, явления сновидности, моторное беспокойство. Приступы обнаружены у 1 больной в возрасте 4/2 лет, у 3 — в возрасте 5—6 лет и у 2 больных — в возрасте 6—7 лет. Заболевание развивалось подостро в 2 и остро — в 4 случаях. Дети становились тревожными, металась, плакали, что-то все время говорили. В речи отражались прошлые воспоминания, отрывочные впечатления от окружающего. Состояние тревоги в течение дня перемежалось тревожной взбудораженностью и дурашливостью. Временами возникала растерянность, которая легко сменялась правильной ориентировкой. С углублением тревоги дети прятались, отказывались от пищи, с неожиданной неприязнью относились к родным, персоналу, что напоминало ложные узнавания.

В этот период расстраивался сон. Некоторые дети не спали в течение нескольких ночей подряд, становились отрешенными; то лежали неподвижно и во что-то вглядывались, то в беспокойстве куда-то стремились, лицо искажал страх. Только значительно

позднее по выходе из острого состояния дети могли сказать, что окружающее казалось им «космическим» и что они «летят на самолете», «видят Бабу-Ягу», «страшил» и т. п. Острое состояние длилось у некоторых до 3 нед. Состояние улучшалось постепенно, налаживался сон, уменьшалось беспокойство, на протяжении 2—3 мес сохранялась резкая эмоциональная лабильность, отвлекаемость, временами возвращались растерянность, беспокойство с тревогой по вечерам. Игра в этот период отсутствовала. Дети равнодушно и формально относились к персоналу и родителям. Они легко плакали, капризничали без повода, били окружающих. Настроение у них менялось от равнодушного, печального, со слезливостью к приподнятому с дурашливостью. Тогда же возникали сновидения устрашающего однообразного содержания, о которых дети рассказывали неохотно. Только спустя еще 2—3 мес дети становились спокойнее, ровнее, доступнее, и начинали рассказывать о пережитом. Они плохо разграничивали сны и галлюцинаторные образы: то утверждали, что все было наяву, то — все во сне, то, как во сне. Расспросы не приносили облегчения, а чаще провоцировали страх, дети становились агрессивными, у них возникали вегетативные симптомы.

Становление ремиссии растягивалось на несколько месяцев. В этот период сохранялись эмоциональная неустойчивость с легким переходом от слез к смеху, истощаемость и отвлекаемость. Больные не играли, были бездеятельны, даже с помощью воспитателя не могли сосредоточиться на примитивных заданиях.

Приступообразная рекуррентная шизофрения

Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)

Башина В.М.

В эту группу вошло 10 детей (из них 6 девочек). У них изучено 39 приступов, которые возникали в возрасте 2/2—8 лет. Длительное катамнестическое наблюдение этих больных необходимо для верификации рекуррентной шизофрении. Болезнь течет приступообразно, клиническую картину в приступах характеризуют расстройства настроения и медленно нарастающие изменения личности. У 9 из 10 детей искажения в развитии были еще в доманифестном периоде болезни. В связи с редкостью наблюдений ранней рекуррентной шизофрении мы даем характеристику всех типов приступов у обследованных, несмотря на единичные наблюдения (табл. 6).

Вялая адинамическая депрессия обнаружена у 5 детей (всего 9 приступов). Состояние возникло у 1 ребенка впервые в 2/2 года, у 2 — между 3 и 4 годами, у 4 — между 4/2 и 5 годами, у 2 — между 5 и 6 годами. Болезнь развивалась подостро, нарастала вялость, снижалась активность. Дети переставали

сами одеваться, есть, отказывались от игр, подолгу ничем не занимались. Игрушки, предложенные родными, безучастно откладывали в сторону. Пропадала естественная радость от прихода родных, новых игрушек, сладостей. Снижался аппетит. Двигательная вялость и бездеятельность периодически сменялись бесцельной суетливостью, без подъема настроения и продуктивности.

Таблица 6. Время начала приступообразной (рекуррентной) шизофрении.

Тип аффективных расстройств в приступах	число приступов	Время начала болезни								
		1-18 мес	1,5-2 года	2-3 года	3-4 года	4-5 лет	5-6 лет	6-7 лет	7-8 лет	8-9 лет

VII. Основные симптомы и синдромы при ранней детской шизофрении

Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)

Башина В.М.

В завершение клинической характеристики основных форм течения шизофрении у детей раннего дошкольного возраста следует еще раз отметить, что у этой группы больных, как и у лиц зрелого возраста, шизофреническому процессу свойственны непрерывный и приступообразный типы течения болезни со злокачественностью, средней и малой степенью прогрессивности. Оказалось, что основная тенденция образования форм болезни сохраняется независимо от возраста больных на начальном этапе процесса. Именно в этом можно видеть единство проявлений шизофрении у лиц разных возрастных групп. Вместе с тем выступила явная взаимосвязь между разными онтогенетическими уровнями и структурой симптомов и синдромов.

Как уже было показано в обзоре литературы, симптоматология ранней детской шизофрении, особенно в возрастном аспекте, все еще остается наименее изученной. При определении задач нашего исследования также подчеркивалось, что раздел о симптоматологии обычно предпосылается описаниям течения, динамики, исходов болезни. В нашей работе этот раздел пришлось расположить в несколько иной последовательности, что отражало поиск путей наиболее полного решения вопроса. Основные симптомы и синдромы при рано начавшейся шизофрении мы рассмотрим последовательно, причем будем учитывать разные возрастные этапы развития больных детей, а также выделенные формы течения шизофрении у них.

А. В. Снежневский (1975) определяет синдром как патогенетическое образование, которое свидетельствует не только о качестве, но и о тяжести расстройства психической деятельности.

Синдром представляет систему, состоящую из суммы различных признаков (симптомов).

Встречаемость аффективных и моторных симптомокомплексов в доманифестном периоде у детей, страдающих шизофренией, в возрасте до 1 года. Симптомокомплекс аффективных расстройств представлен приступами тревожного плача, общего беспокойства с нарушениями сна в ночное время и последующей плаксивостью днем. Эти состояния беспокойства прерывисты, повторяются несколько раз в ночь на протяжении недели и отмечаются в течение 2—12 мес. Подобного типа расстройства выявлены у 22 больных; у 8 была непрерывная злокачественная, у 8 — приступообразная близкая к злокачественной, и у 6 — малопрогрессирующая шизофрения.

Структура этих расстройств скорее всего связана с нарушениями в аффективной сфере и представляет собой первые проявления беспричинной и безотчетной тревоги. Характерно, что эти приступы тревожного плача появляются в ночное время.

Следующий комплекс расстройств состоит из симптомов двигательного возбуждения или вялости. Моторное возбуждение обнаруживалось на протяжении дня и выражалось в повышенном беспокойстве ребенка, который совершал повторяющиеся однообразные движения головой, руками, ногами, в возрасте старше полугода выкарабкивался из пеленок. Возбуждение было длительным, временами сменялось состояниями адинамии. Активность ребенка в период возбуждения только внешне напоминала физиологически обусловленную подвижность здорового ребенка. Она отличалась монотонностью и протекала на безрадостном эмоциональном фоне. При наличии этих состояний отсутствовало «усложнение моторного развития ребенка, присоединялся регресс первых навыков. Иногда наблюдался беспричинный отказ от кормления, появлялись беспокойство и плач при взятии ребенка на руки. Подобного типа расстройства обнаружены у 12 детей только при непрерывной злокачественной и приступообразной, близкой к злокачественной, шизофрении.

У других 14 детей отмечались состояния акинезии. Они становились вялыми, мало двигались в кроватке, недостаточно выражали радость, видя мать, становились безучастными к игрушкам, голоду, дискомфорту. Эти состояния возникали аутохтонно и спонтанно исчезали. Они обнаружены в случаях непрерывной злокачественной, приступообразной, близкой к злокачественной и малопрогрессирующей шизофрении. В дальнейшем у всех этих детей отмечена задержка в развитии навыков моторики и речи.

Можно ли состояния моторного возбуждения и адинамии с перечисленными особенностями относить к кататоноподобному типу расстройств? Похожие состояния могли быть и следствием

адинамической депрессии или повышенного настроения с возбуждением. Клинических симптомов, достаточных, чтобы определить их как кататоноподобные расстройства, у нас, как и у других/авторов, обращавших внимание на подобные расстройства, нет. Вместе с тем L. Bender (1968) отнесла похожие состояния к субступорозным. Нами выявлены некоторые факты, подтверждающие эти предположения. Во-первых, состояния моторного возбуждения и адинамии протекали на неизменном эмоциональном фоне. Во-вторых, у большинства этих больных после 4 лет развивались приступы кататоноподобной структуры, а к 9—11 годам — приступы кататонии с оцепенением.

Был, правда, единственный случай, когда у ребенка в возрасте 6 мес возникали состояния моторного возбуждения на фоне повышенного настроения, с беспричинной веселостью, смехом, готовностью к контактам со всеми окружающими и укорочением сна без симптомов регресса. Впоследствии у этого ребенка наблюдались приступы аффективной природы в сочетании с неврозоподобными расстройствами, но его интеллектуальное развитие не страдало. Этот случай до некоторой степени подтверждал как возможность развития двигательного беспокойства — аффективной природы у детей 6—12 мес, так и его отличие от моторного беспокойства кататоноподобной природы на безаффектном фоне.

Таким образом, у детей, больных шизофренией, помимо нарушения развития, в доманифестном периоде оказались возможными позитивные расстройства в форме аффекта тревоги, моторного возбуждения на фоне повышенного настроения, моторного возбуждения и адинамии на безаффектном фоне с симптомами регресса. Доказать определенную нозологическую принадлежность перечисленных симптомов в период их появления почти невозможно. По-видимому, наибольшую информативную ценность представляют состояния двигательного возбуждения на индифферентном эмоциональном фоне, которые сочетаются с регрессом в движениях рук и могут рассматриваться как прогностически неблагоприятные.

Симптомокомплекс регрессивных расстройств. Симптомы регресса при заболевании шизофренией в конце 1-го — начале 2-го года жизни состояли из углублявшегося отрешения от окружающего, регресса ходьбы и целенаправленных движений рук. Ходьба сменялась ползанием, вместо направленных движений в руках появлялись хаотические движения рук и атетозоподобные движения в пальцах рук. Последние в норме были свойственны детям 1—4-недельного возраста. Наряду с регрессом возникала стереотипия движений, доступных в этом состоянии больному ребенку.

При формировании симптомов психического регресса у детей в возрасте 1—5 лет прежде всего угасала присущая детям жизнерадостность, обеднялись эмоциональные реакции, снижалась

активность. Дети утрачивали интерес к окружающему миру, переставали сами одеваться, мыться, неряшливо ели, пищу хватали руками, крошили ее. У них исчезал интерес к сверстникам, пропадала радость от общения с родителями. Круг деятельности сужался. Ранее приобретенные представления, понятия об окружающем мире, деятельности исчезали и заменялись в поведении ребенка, играх использованием примитивных тактильных, вкусовых, обонятельных ощущений. В играх утрачивались сюжетность и предметность. В дальнейшем, при углублении проявлений регресса, игра еще более упрощалась. Дети трясли, обнюхивали, ощупывали предметы. Удовлетворение от такой игры доставляли сами моторные акты и примитивные ощущения.

Моторика видоизменялась: вместо тонких направленных движений появлялись ранее приобретенные движения в виде взмахов рук, потряхиваний кистями, складывания пальцев рук и верчения их у глаз. Ходьба использовалась наряду с ползанием; к тому же возникали стереотипные кружения и раскачивания.

Если ребенок к началу заболевания говорил, то речь подвергалась регрессу прежде всего. Фразы становились проще, короче, затем оставались слоги и нечленораздельные звуки. У детей с хорошо развитой речью к началу болезни можно было наблюдать этап, когда нарушалось построение предложений. В таких случаях ответ состоял из потока не связанных смысловым содержанием слов. Исчезали личные глагольные формы и личные местоимения, появлялась эхолалия. Такое расстройство речи заменялось еще более тяжелым ее нарушением: произношение слов становилось косноязычным, лепетным, невнятным, слова заменялись слогами и речь полностью утрачивалась.

Устанавливалось полное отрешение от окружающего. Большую часть дня дети проводили в бездействии, иногда используя примитивные формы игры. В таком состоянии они плохо переносили смену привычного распорядка. Все, что исходило извне, вызывало протест. Перечисленные проявления регресса формировались в течение 3—6 мес.

Симптомы регресса, выраженные в разной степени, обнаружены у всех 42 детей (100 % наблюдений) больных злокачественной непрерывной шизофренией; в 77 приступах из 127 (60,6 % наблюдений) — приступообразной, близкой к злокачественной шизофренией; в 19 приступах из 277 (6,9 % наблюдений) — приступообразной малопрогрессирующей шизофренией.

Симптомы выраженного психического регресса, регресса моторики, речи исчерпывали клиническую картину у 16 детей, больных непрерывной злокачественной шизофренией. У 16 больных приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией симптомы регресса обнаруживались в меньшей степени, не было

полного регресса речи «и моторных навыков. Частичным регрессом поведения ограничивалась клиническая картина и у 18 детей, больных приступообразной малопрогредиентной шизофренией. При этом наблюдался только регресс сложных навыков поведения, утрачивалась подчиняемость родным, исчезало чувство стеснения, ощущение того, что можно и что нельзя совершать в присутствии посторонних, в общественных местах, утрачивались навыки опрятности. Игра становилась беспорядочной, к ней пропадал интерес. В ряде случаев симптомы психического регресса входили в сложные комплексы расстройств. В 22 случаях приступообразной, близкой к злокачественной, шизофрении наряду с симптомами регресса обнаруживались кататоноподобные расстройства. У 26 больных непрерывной злокачественной шизофренией наблюдались поли-«морфные симптомокомплексы, состоявшие из аффективных, неврозоподобных и кататоноподобных расстройств; позднее к ним присоединялись симптомы регресса. В 13 приступах малопрогредиентной шизофрении, в приступах аффективного типа в дальнейшем также отмечались симптомы регресса поведения.

Таким образом, под регрессом мы, как и другие авторы, понимаем временную или окончательную утрату одних навыков с заменой их другими, более примитивными навыками. При этом формируется состояние, которое не является идентичным состоянием на более раннем этапе развития ребенка. Анализ наблюдений убеждал в том, что при этом процессе возникает состояние, мозаично изуродованное болезнью, которое нельзя приравнять к определенным, хотя и более ранним, физиологическим уровням нормально развивающегося организма. В этих состояниях отдельные формы его деятельности отдаленно напоминали таковую при более низком, менее зрелом уровне развития.

Рассмотренные феномены регресса специфичны для шизофрении, возникающей у детей преимущественно в возрасте до 3, реже до 5 лет. Это подтверждает, что регресс зависит не только от формы течения шизофрении, но и главным образом от уровня развития систем в период воздействия на них патогенных факторов, т. е. в формировании регрессивных проявлений большое место принадлежит именно возрастным факторам.

К симптомам регресса речи, моторики, поведенческих навыков у детей 3—5 лет впоследствии присоединялись черты задержки интеллектуального развития, формировался олигофреноподобный дефект. Поэтому прогностическое значение рассматриваемых симптомокомплексов велико. Чем менее выражены симптомы регресса, тем благоприятнее прогноз. После приступов со стертыми проявлениями регресса у детей в возрасте 3—5 лет в период ремиссии была возможна частичная компенсация состояния.

Кататоноподобные, кататонические, кататоно-гебефренные симптомокомплексы. Кататоноподобная природа адинамии и

возбуждения у детей в возрасте до 1 года, как уже отмечено выше, остается недоказанной.

У больных шизофренией детей в возрасте 1—3 лет к кататоноподобным можно было отнести состояния бесцельного возбуждения и акинезии. Возбуждение выражалось в постоянном стремлении к ходьбе по кругу или маятникообразной ходьбе от препятствия к препятствию. Возбуждение было однообразно, не прерывалось часами, сопровождалось амбивалентностью и амбивалентностью, импульсивными поступками: смехом, слезами, агрессией, внезапным бегом в неопределенном направлении.

Дети не обращали внимания на окружающих, на зов не откликались, словно глухие. Иногда на обращенную к ним речь возникала реакция в виде движений глаз, поворота головы, первых шагов к зовущему, которые тут же прерывались, заменяясь противоположным движением или топтанием на одном месте.

Походка становилась необычной: движения выполнялись в неравномерном ритме, были то размашистыми, то ограниченного объема и протекали без содружественности. Бесполезные и произвольные движения неожиданно сочетались с целенаправленными. Несмотря на ходьбу часами, не возникало видимого утомления. Остановить детей было трудно. Если их пытались удерживать, они молча стремились освободиться. Соппротивление воздействию у них довольно быстро истощалось, но через некоторое время возобновлялось. Предоставленные самим себе, дети вновь принимались за прерванную ходьбу. Выражение лица у них было отрешенное, периодически появлялись гримасы: дети кривили рот, вытягивали губы в хоботок, щурились и тут же широко раскрывали глаза, морщили лоб. Хотя дети не обращали внимания на окружающих, они никогда не натывались на предметы, обегали персонал.

На этом этапе расстраивалась речь. Вначале дети по несколько раз без естественного удовольствия повторяли одни и те же слова, темп и громкость речи становились неустойчивыми, интонации и ударения — необычными; затем дети замолкали. Но, оставшись одни, иногда проснувшись ночью, они могли правильно выразить свое желание, говорили сами с собой. В последующем течении болезни явления мутизма нарастали; несмотря на это, дети и в дальнейшем могли неожиданно ответить на шепотную речь или не прямое к ним обращение, выполнить инструкцию, адресованную другому ребенку.

Состояние возбуждения спонтанно перемежалось вялостью. Тогда дети стремились лечь, подолгу лежали в бездействии, забившись под стол, кровать или в тихий угол комнаты, иногда принимали вычурное положение. Как в период возбуждения, так и при вялости у детей этой группы не отмечалось мышечного напряжения.

«восковой гибкости», на что особенно важно обратить внимание. Мышечный тонус у них был изменчивым, преобладала гипотония; изредка на короткое время при обследовании улавливались скоропреходящая гипертония.

Сон расстраивался, дети просыпались ночью и подолгу лежали без сна. Одевать их, кормить, выводить на прогулку приходилось с принуждением. Стоило прекратить активное побуждение извне, как любая примитивная деятельность тут же прерывалась прыжками, ходьбой или состоянием бездействия.

У ряда детей 3—5-летнего возраста моторное возбуждение сочеталось с идеаторным. Структура моторного возбуждения при этом оставалась неизменной, речевое возбуждение периодически возникало в течение дня, и выражалось в речевом напоре. Речь состояла из потока не связанных смыслом слов и слогов, невнятных словосочетаний, обрывков воспоминаний, отрывочных фактов, эхоталии только кем-либо произнесенных фраз. Дети говорили безостановочно, иногда до изнеможения. Слова то произносили четко, то искажали их, вставляя ненужные буквы и слоги, пропуская необходимые звуки. Скандировали, не договаривая последние слоги или объединяя последние и первые слоги, рифмовали непонятные словосочетания. Речью дети в целях контакта не пользовались: не обращались с просьбами, не отвечали на вопросы.

Регрессивно-кататоноподобный симптомокомплекс расстройств определяли падением активности, появлением аффективной безучастности, регрессом поведения, моторики и речи, к которым позднее присоединялись состояния кататоноподобного возбуждения или пассивности (адинамия с вычурными позами). Появлялись амбивалентность в поступках, импульсивные действия. При неполном регрессе речи обнаруживались эхоталия, речь на шепотное обращение к ним, отставленные ответы-штампы.

К регрессивным движениям относились атетозоподобные движения в пальцах рук, прыжки на носках, вместо ходьбы — ползание и другие ранее преодоленные движения. Регрессивные движения повторялись много раз, часами изо дня в день. При их выполнении не наступало пресыщений, они возникали на «холодном», индифферентном аффективном фоне, были бесцельны. Естественно, что у детей 2—5 лет они были сложнее, чем сходные движения у детей более раннего возраста, и всегда несли на себе как отпечаток прежних форм движения, так и налет моторной ловкости, которая была достигнута к началу заболевания. Поэтому таким движениям всегда была свойственна индивидуальность.

У всех детей наряду с перечисленными состояниями кататоноподобного возбуждения при резком утяжелении состояния возникало хаотическое возбуждение с негативизмом и агрессией,

аутоагрессией и импульсивностью. При этом больные активно сопротивлялись воздействию, были напряжены и злобны.

Кататонический симптомокомплекс с явлениями оцепенения, мышечным напряжением обнаружен у детей 3— 5 лет и старше. У них нарастала неподвижность, заторможенность. Одни в этом состоянии предпочитали сидеть согнувшись, опустив голову; другие — неестественно распрямившись, откинув голову назад, обратив немигающий взгляд вдаль. Иногда дети не поднимались с постели, в которой подолгу находились, в «эмбриональном» положении: голова приведена к груди, ноги согнуты в коленях, руки — в локтевых суставах, прижаты к груди и животу.

При попытке распрямить ребенка, уложить поудобнее у него возникало мышечное напряжение, наблюдалась поза по типу «воздушной подушки». При некотором облегчении состояния, когда ребенка удавалось поднять, он сопротивлялся в этом состоянии любому воздействию. Во всех мышечных группах при активном обследовании выступала гипертензия и даже отчетливая каталепсия, руки и голова оставались на некоторое время в приданном положении. Когда такого ребенка вели, сопротивление не истощалось, походка была шаркающая, он с трудом отрывал ноги от пола. Поза и во время ходьбы оставалась «застывшей», руки, согнутые в локтевых суставах, были прижаты к телу, шея и туловище неестественно распрямлены. Как только ребенка переставали вести, он останавливался и топтался на месте. Выражение лица было маскообразное, временами искажалось гримасами.

У этих детей отмечалась эхопраксия, иногда персеверация, когда они по многу раз повторяли одно и то же действие. Временами дети становились крайне подчиняемыми, сохраняли придаваемые им позы, так что даже окружающие их дети, замечая это явление, пытались с ними играть, как с «куклами», придавая определенное положение их рукам и голове. Изредка это состояние прерывалось импульсивным бегом и агрессией, направленной на первого встречного.

Ступорозные состояния все же были не так глубоки, периодами дети становились более податливыми, не сопротивлялись, если их вели в другую комнату, к столу, на прогулку.

Кататано-гебефренный симптомокомплекс определяли моторное прерывистое возбуждение, повышенное настроение с чертами беспричинной веселости, дурашливостью, расторможением примитивных влечений. В поведении выступали элементы игры, однообразно повторяющейся в этот период. При этом иногда обнаруживались неглубокие проявления психического регресса, в виде утраты сложных поведенческих навыков.

Подобный комплекс симптомов отмечен у детей 5— 6 лет.

Для комплекса расстройств, которые определяли кататоноподобные состояния со сновидностью, были характерны нарушения сна, растерянность, сновидения устрашающего характера, отрывочные зрительные галлюцинации, кратковременные периоды зачарованности, когда дети в отрешении не узнавали окружающих, чему-то улыбались, что-то ловили в воздухе, иногда испытывали ощущение «полета». Эти расстройства быстро заменялись кататоноподобным возбуждением либо состояниями аспонтанности. Эти состояния возникали у детей не моложе 5 лет.

Депрессивно-субступорозный симптомокомплекс клинически будет охарактеризован в ходе описания аффективных расстройств, так как при нем они были основными.

Итак, для кататоноподобного и кататоноподобного в сочетании, с выраженными проявлениями регресса или полиморфных состояний с кататоноподобным возбуждением характерен не полный симптомокомплекс расстройств, свойственный кататоническому синдрому у больных зрелого возраста, страдающих шизофренией. Моторные возбуждения, как и состояния адинамии, протекали на фоне гипотонии или сменяющегося мышечного тонуса. При этом явления оцепенения, восковой гибкости отсутствовали, не было отчетливых персевераций и к тому же в ряде случаев наблюдался выраженный регресс моторики и речи.

Между тем кататоноподобный тип возбуждения, как и кататонический, характеризовался произвольностью своего появления, нецеленаправленным характером движений, их стереотипной повторяемостью. Возбуждение аутохтонно возникало, не могло быть прервано по воле ребенка и при речевом воздействии извне; обычно оно было прерывистым, затухало и возобновлялось без внешнего повода. Кататоноподобное возбуждение характеризовалось явлениями амбитендентности, импульсивностью, наличием стереотипии, манерностью поз и движений. Оно сопровождалось частичным или полным мутизмом.

При этом обнаруживалось непостоянство произношения одних и тех же звуков, неологизмы, контаминация, эхолалия, речь в ответ на шепот, фонографизм Трамера, негативистические противоположные ответы, отсутствие ответов и речевое возбуждение в форме речевого напора.

При кататоноподобных состояниях скованность отсутствовала, отмечались манерность осанки, движений, прерывистый меняющийся мышечный тонус, угловатость движений наряду с пластичностью и временами даже их грациозностью. Негативизм легко сменялся пассивной подчиняемостью. Несмотря на множество движений, которые больные в кататоноподобном

состоянии совершали без всякой надобности, от них невозможно было добиться выполнения самых простых и нужных движений при побуждении извне. Амбитендентность в этих состояниях сводилась к быстрой смене двух противоположных движений или к незавершенности действия, обрыве его на полпути. Хотя большинство движений однообразно повторялось, отсутствовало сходство в движениях и истинная персеверация появлялась только у детей старше 5—6 лет. Эхопраксия также возникала в том же возрасте, что и персеверация. Эти особенности кататоноподобного двигательного возбуждения и адинамии, речевых расстройств у детей, больных шизофренией, и служили основанием для того, чтобы относить их к симптомокомплексу расстройств, близких к кататоническому, а из-за некоторого отличия мы считали возможным называть их кататоноподобными расстройствами. Подтверждением правильности нашего предположения служили данные об усложнении моторного и речевого возбуждения у одних и тех же больных с возрастом в повторных приступах болезни. Это и было показано в случаях, в которых во время первых приступов наблюдались кататоноподобные расстройства, а в дальнейшем, особенно после 5-летнего возраста, — приступы с кататоническими расстройствами, явлениями мышечного оцепенения, восковой гибкостью, персеверациями, положением по типу «воздушной подушки», эмбриональной позой. Возрастной особенностью кататонического симптомокомплекса была кратковременность состояний оцепенения (часы, редко отдельные дни), их меньшая глубина, большая выраженность пассивной подчиняемости.

Кататоноподобные, кататонические и кататоно-гебефренные симптомокомплексы обнаружены у 26 детей, больных непрерывной злокачественной шизофренией (61,9 % от всей группы больных непрерывной злокачественной шизофренией) и у 54 — с приступообразной, близкой к злокачественной шизофренией, т. е. в 42,5 % от всех случаев приступообразной, близкой к злокачественной шизофрении. Аффективно-кататоноподобные симптомокомплексы, кататоноподобные расстройства со сновидностью отмечены только у 19 (6,9 %) детей, больных приступообразной малопрогредиентной шизофренией. Таким образом, выявилась отчетливая взаимосвязь между типами течения шизофрении и сложными симптомокомплексами расстройств, их определявшими на разных этапах болезни.

Взаимосвязь структурных особенностей перечисленных симптомокомплексов с онтогенезом больного отчетливо выражена. У детей до 3-летнего возраста отмечены кататоноподобные симптомокомплексы в сочетании с симптомами регресса; кататонический симптомокомплекс обнаружен у детей старше 3 лет, кататоно-гебефренный — у детей старше 5 лет, аффективно-субступорозный симптомокомплекс в отдельности и в совокупности с симптомами сновидности — у детей старше 3 лет. Таким образом, наиболее универсальным комплексом расстройств у детей до 3-

летнего возраста является кататоноподобный с чертами регресса.

Симптомы обманов восприятия. К галлюцинациям, как и в зрелом возрасте, относили мнимые восприятия, возникавшие без наличия внешнего объекта. У 11 детей в возрасте 1½—3 лет во всех случаях при наличии речи обнаружены зрительные и тактильные галлюцинации. Они возникали в просоночном состоянии в ночное время или при засыпании, которое прерывалось безотчетной выраженной тревогой. В зависимости от типа галлюцинаций одни дети говорили, что их кусают насекомые, стряхивали что-то с себя, другие — утверждали, что видят перед собой того или то, чего не было на самом деле. «Тут муха», «бабочка», «автобус» и т. п. И днем эти дети становились тревожными, у них появлялся страх обычных предметов, посторонних людей, новой обстановки. Они не отпускали от себя мать, становились раздражительными, отказывались от игр, плохо ели.

Для подобных состояний характерны повторяемость, изо дня в день или через несколько дней, абсолютная идентичность жалоб, невозможность переубедить больных в чем-либо. Обманы восприятия напоминали его изменения в состояниях инфекционного делирия на высоте температуры, отмечаемые у детей многими авторами (Т. П. Симеон, М. М. Модель, Л. И. Гальперин, 1935; Г. Е. Сухарева, 1947; Н. Maudsley, 1871, и др.). По-видимому, и мы можем относить эти расстройства восприятия к иллюзорным, просоночным, гипногагическим зрительным и тактильным галлюцинациям.

У остальных 52 детей обманы восприятия обнаружены в возрасте 3—6 лет. В этой, более старшей возрастной группе, эти расстройства в основном возникали в просоночном состоянии, реже в дневное время, в состоянии выраженного страха, безотчетного ужаса, тревоги. Галлюцинации были просты по содержанию, эпизодичны, кратковременны, исчезали с уменьшением, тревоги, т. е. в основном были связаны с аффектом страха.

У детей этой группы обнаруживались не только зрительные и тактильные, как у младших больных, но и слуховые и выделяемые нами оральные галлюцинации (особая форма висцеральных галлюцинаций). При этом виде расстройств в период засыпания, в вечернее, дневное время или при пробуждении от сна ночью и днем дети (в 32 случаях) испытывали страх, в тревоге озирались по сторонам, вглядывались в пространство перед собой, в пределах кровати, реже в другие места помещения и «видели» простые образы. При этом дети уверяли: «Там волк. Он желтый». «На потолке блохи», «Там паук», «Морды, я их боюсь, я их вижу» и т. п. Или они говорили: «На кровати змей», «Кусают клопы» и т. п., в последних случаях ощущали, «чувствовали», постороннее присутствие.

У 4 детей зрительные галлюцинации возникали в дневное время,

сопровождались страхом, выраженной тревогой. Они видели «страшного дядьку», «он серый». В ужасе застывали перед видениями, иногда пытались обходить эти места или просили родных «перенести через них». Боялись мест в помещении, где впервые у них возникли обманы чувств. И тогда же появлялись опасения в отношении собственного здоровья, гиперкинезы, состояния ажитированной тревоги с метанием и плачем.

Слуховые обманы нами обнаружены впервые у детей 3—4 лет. Они слышали «стук», «бой часов», «петушинный крик». У детей 5—6 лет слуховые обманы были уже более сложного содержания: «кто-то плачет», «говорят непонятное». Только 2 детей — 5 лет 2 мес и 5 лет 6 мес — смогли сказать, что они слышат «в ушах разговор». «Голос сказал: ты умрешь».

Только в нескольких наблюдениях в этом же возрасте у больных детей мы выявили слуховые обманы в дневное время. Дети были отгорожены от сверстников, окружающего мира, загружены, почти не разговаривали с персоналом, родными, находясь в стороне, подолгу прислушивались к чему-то, иногда односложно отвечали, жестикулировали, гримасничали. В этих случаях удавалось установить, что они слышали голос из стены. Содержание слуховых обманов дети в основном не передавали (кто-то говорит., он говорит... он ругается...).

У 3 детей наряду со зрительными были обнаружены тактильные галлюцинации, у 4 — только тактильные. Они были сложнее, чем похожие тактильные галлюцинации у детей предшествующей группы. Им было свойственно особое детское содержание. Дети утверждали: «На руках стекляшки», «мальчики в руках», «в пальце нитка».

У 7 детей выявлены видоизмененные висцеральные галлюцинации, которые мы называли оральными. Дети испытывали болезненные ощущения со стороны ротовой полости: «Во рту бумага и железки», «во рту жженная бумага», «волосы во рту». Были и собственно висцеральные галлюцинации: «В животе сидит человек, он питтит». Наконец, у 3 детей наряду со зрительными были обонятельные галлюцинации, они ощущали неприятный запах от пищи.

Галлюцинации всегда сопровождались тревожным аффектом, были эпизодичными и кратковременными, обычно возникали на протяжении 2—4 нед, реже дольше. Как только снималась тревога, улучшалось состояние, почти всегда исчезали галлюцинации. Только у 4 детей из 52 обманы наблюдались на протяжении 2—6 мес. Когда исчезали тревога, страх, галлюцинации прекращались; расспрос о пережитом всегда вызывал протест со стороны ребенка. При этом дети беспокоились, становились напряженными, у них появлялись вегетативные реакции. Психотерапевтические беседы не снимали тревоги, дети не разубеждались в пережитом, к нему не

появлялось критического отношения. По-видимому, отсутствие «трактовки» переживаемого лишало ребенка возможности «как-то понять» болезненное состояние, поэтому и повторно возникающие обманы восприятия, как в первый раз, сопровождались страхом, были как бы спаяны с аффектом тревоги, ребенок не привыкал к ним, и вместе с тем страх переживал аутистически. Последнее характерно для галлюцинаций при шизофрении.

Просоночные зрительные галлюцинации трудно отграничить от устрашающих сновидений с визуализацией устрашающих образов. Вместе с тем убежденность детей в наличии пережитого, проекция вовне галлюцинаторного образа, точное определение его одним и тем же названием, клишеобразная повторяемость и сходство образов, ощущений в повторных, случаях давали основание предполагать у детей наличие истинных галлюцинаций.

В тех же случаях, когда они «видели» всякий раз разное, при повторных вопросах пополняли свой рассказ новыми деталями о «виденном», этот вид расстройств невозможно было относить к расстройствам восприятия, гипногагическим, просоночным, иллюзорным галлюцинациям, а следовало предполагать галлюцинации воображения Дюпре с визуализацией представляемого образа, или явления эйдетизма.

У 12 детей, больных приступообразной малопрогредиентной шизофренией, были обнаружены особые «видения» — обманы восприятия, близкие галлюцинациям воображения Дюпре. Подобный тип расстройств выявлен только у больных шизофренией детей старше 5 лет в периоде тревожного состояния «Видения» характеризовали произвольность появления представлений ранее виденных образов, с определенной локализацией этих виденных образов в «глазах», «перед глазами». «Видения» к тому же всегда были маленьких размеров и иногда напоминали «картинки в книге» или «мультфильмы». Образы в «видениях» сменяли друг друга, повторялись с новыми дополнениями в последующие дни. Дети не могли от них освободиться по желанию. Временами «обманы» возникали после мыслей об этих явлениях. Нередко произвольное и произвольное в появлении образных представлений не всегда отчетливо разграничивалось детьми. Расспрос об этих явлениях был обычно неприятен ребенку. Дети всегда осознавали нереальный характер подобных «видений».

Можно предположить, что в этих случаях возникали особые обманы восприятия, с одной стороны, близкие галлюцинациям воображения типа Дюпре, с другой — псевдогаллюцинациям. В последнем случае должно было бы присутствовать ощущение «сделанности», «влияния». У больных детей дошкольного возраста нам не удалось наблюдать в структуре обманов восприятия этих качеств. В связи с тем что рассказ маленьких больных о переживаемых состояниях скуден и к тому же из-за аутистичности переживания

неполный, характер описываемых расстройств остается недостаточно ясным. Можно предположить, что данное состояние может относиться и к кругу насильственных представлений с их визуализацией. Однако этому предположению несколько противоречит локализация видения во внешнем пространстве.

Частота рассмотренных галлюцинаций в разных симптомокомплексах при различных формах течения шизофрении у детей раннего дошкольного возраста следующая. Галлюцинации обнаружены в 47,6 % случаев непрерывной злокачественной шизофрении, в 23,8 % — приступообразной, близкой к злокачественной, в 9,7 % — приступообразной малопрогрессирующей шизофрении. Обманы восприятия были просночными либо возникали на высоте тревоги, выраженного страха в дневное время. Галлюцинации в картине болезни сами по себе не являются признаками неблагоприятного прогноза. Однако сочетание их с кататоноподобными расстройствами, тем более регрессом, прогностически неблагоприятно. Последний тип расстройств обнаруживался только у больных непрерывной злокачественной и приступообразной, близкой к злокачественной шизофренией. Тревога с галлюцинациями без регресса отражала остроту состояния. Приступы с этим симптомокомплексом расстройств характерны для малопрогрессирующей шизофрении. После них формировалась устойчивая ремиссия, в которой обнаруживались неглубокие изменения личности псевдопсихопатического круга.

В 5,8 % случаев приступообразной малопрогрессирующей шизофрении обнаружены обманы восприятия, близкие галлюцинациям воображения Дюпре. Обманы восприятия встречались только при малопрогрессирующей приступообразной шизофрении наряду с невротическими и аффективными расстройствами. Этот симптомокомплекс расстройств прогностически благоприятнее предшествующих симптомокомплексов с обманами восприятия.

Симптомы прообразов бреда. Симптомокомплекс расстройств с патологическими суждениями типа бредовых у больных шизофренией детей в возрасте до 5 лет не был обнаружен. Между тем у 5—7-летних больных были выявлены состояния, которые характеризовались аффектом тревоги, беспокойства, безотчетного страха, негативизма. На высоте этого состояния неожиданно появлялась недоброжелательность к родным. Чувство антипатии нередко было так сильно, что дети не оставались наедине с лицом, к которому она проявлялась. В присутствии этих лиц дети становились тревожными, суетливыми, стремились причинить вред: толкали, щипали, ударяли их. Неприязненное отношение иногда распространялось на другого члена семьи, которого дети также начинали чуждаться. Это отношение неприязненности не объяснялось вообще или объяснялось всякий раз по-разному: «Она чужая», «Он черный», «У него грязные глаза» и т. п. В этих случаях,

по-видимому, формировалось скорее ощущение, которое не достигало в своем развитии уровня стойкого патологического суждения. Вместе с тем, оставаясь на уровне ощущения, оно приобретало такие же качества, как и патологическое суждение. Оно было беспричинным и не поддавалось коррекции извне, им определялось поведение ребенка. Таким образом формировался «бред» ощущения, в этом было его возрастное своеобразие.

У ряда больных возникало сходное отношение к пище. Дети испытывали страх, тревогу во время кормления. Они хотели есть и тут же отказывались от пищи. При этом они беспокоились, плакали, кричали, не поддавались уговорам. Причину их тревоги, отказа от пищи они объясняли разное: «пища плохая», «грязная», «до нее дотронулись руками» и т. п. Это состояние отличалось от навязчивых опасений заразиться, так как в последнем случае дети этого возраста осознавали неправильность своего отношения, боролись с ним. Это не было отказом по убеждению из-за сверхценного отношения к своей внешности со стремлением похудеть, как при синдроме анорексии. Наконец, это не было связано с потерей аппетита; наоборот, ребенок испытывал чувство голода и желание есть сохранялось. В этих случаях формировалось стойкое, некорректируемое отрицательное отношение к пище, которое сопровождалось тревогой, необъяснимым страхом съесть что-то плохое. При подобном отношении к пище не формировалось бреда «отравления», свойственного взрослым больным. В этих случаях, как при ощущении антипатии к некоторым лицам, возникало патологическое ощущение от возможности принятия пищи, отдаленно напоминавшее бред отравления. Это чувство было непонятно ребенку. Дети не могли объяснить его и не давали ему «трактовок». Таким образом, отношение к пище формировалось не на уровне суждений, а на уровне ощущений, было смутным и вместе с тем не корректировалось извне; им определялось поведение ребенка. Надо заметить, что со времени формирования чувства антипатии к родным или особого отношения к пище состояние детей несколько стабилизировалось. Тревога становилась менее выраженной.

При непрерывной злокачественной шизофрении (у 16 % детей) к перечисленным расстройствам вскоре присоединялись кататоноподобные симптомы, а затем формировалось конечное состояние.

При приступообразной малопрогрессирующей шизофрении (у 10 % детей) состояние истощалось аффектом тревоги и чувством антипатии. После выхода из приступа при малопрогрессирующей шизофрении (у 5,7 % детей) на отдаленных этапах болезни в клинической картине наряду с нарушением поведения, невротоподобными аффективными расстройствами появлялось чувство антипатии к одному из родителей. И в этих случаях удалось наблюдать, как формировалось похожее необъяснимое и не

поддающееся разубеждению чувство недоброжелательности к отцу, матери или близкому родственнику. Для этого чувства были характерны перечисленные выше качества патологического ощущения. У 6 детей с вялотекущей шизофренией (17,1 %) на отдаленных этапах развития болезни выявлены бредоподобные фантазирования. При этом расстройстве патологические суждения возникали в круге фантазий. Дети были убеждены в своем особом назначении, называли себя главарями «хулиганских шаяк» и т. п., вся их деятельность сводилась к патологическому фантазированию. У них возникало убеждение в реальности вымышленных фактов. Поведение подчинялось вымыслам. Временами фантазирование протекало с чертами насильственности. Перечисленные особенности такого фантазирования давали повод предполагать его близость к бреду, поэтому они и получили название «бредоподобных». Эти состояния возникали у детей старше, 5 лет.

У 20 детей с малопрогрессирующей приступообразной шизофренией (13,3 %) формировались ложные суждения, тесно связанные с аффектом повышенного или сниженного настроения. Эти высказывания также обычно сочетались с фантазиями: «Я правитель ханства», «Я самый сильный». Идеи самоотрицания обычно высказывались в форме желаемого отрицания; полного убеждения в наличии отрицания у детей 4—6 лет не было отмечено. После приступов с этим симптомокомплексом расстройств устанавливалась ремиссия.

Симптомокомплекс расстройств, близкий к обсессивному. У 36 детей 1—2 лет и у 56 в возрасте 2—3 лет возникали безотчетный страх, опасения, боязнь и моторные расстройства.

Моторные расстройства в возрасте 1—3 лет представляли собой бесцельные движения, которые впервые возникали направленно, а затем утрачивали свое целевое назначение. Бесцельные движения возникали в дневное время, однообразно повторялись, усиливались при волнении, не зависели от изменения мышечного тонуса, чем отличались от хореоформных. У одного и того же ребенка могло быть несколько видов бесцельных движений, причем одни периодически заменялись другими. Бесцельные однообразные движения у детей до 3-летнего возраста легко становились стереотипными.

Помимо этого, отмечались гиперкинезы, тики и лишние движения, которые всегда были изменчивыми по форме и наблюдались наряду с целенаправленными действиями. Дети не могли спокойно стоять, сидеть, теребили на себе одежду, касались руками лица и т. п.

Гиперкинезы и тики обычно не замечались детьми. Однообразные бесцельные и лишние движения замечались, если на них останавливали внимание со стороны, и тогда на короткое время дети могли сдерживаться от их выполнения. Можно полагать, что у

детей до 3 лет бесцельные повторяющиеся движения были близки навязчивым движениям, занимая как бы промежуточное положение между навязчивостями и гиперкинезами, так как первоначально они имели целенаправленное (корковое) происхождение, а затем нередко автоматизировались.

У детей в возрасте 1—2 лет в основном отмечался безотчетный страх. Он был беспочвенным, повторялся. Периодами страх сопровождался состояниями ажитации. В 2—3-летнем возрасте возникала предметная боязнь машин, улиц, посторонних лиц и т. п. Она появлялась при столкновении ребенка с устрашающей ситуацией, устрашающим объектом или при напоминании о нем. Как только источник патологического переживания исчезал из поля зрения ребенка, самочувствие его улучшалось. Из-за конкретного восприятия действительности ребенок, если он был в спокойном состоянии при расспросе о причине боязни, обычно полностью отрицал у себя наличие боязни. Чуждость, навязчивый характер боязни детьми данного возраста не определялись, в этом — возрастное своеобразие такого типа расстройств.

У 184 детей 3—5 лет были сходные с описанными ранее однообразные бесцельные движения, которые не всегда замечались ребенком и легко автоматизировались, а также наблюдались безотчетный страх, повторяющаяся боязнь и более сложные моторные и идеаторные расстройства, носившие характер навязчивых. Дети этого возраста уже начинали ощущать бесцельный характер движений, тяготились ими. При расспросе говорили, что «не могут сдерживаться» от их выполнения.

Наряду с периодически возникающим безотчетным страхом у этих детей начинали формироваться истинные фобии. Тематика их нередко была необычной: фобии огня, облаков, тени, языка и т. п. Становились отчетливыми и опасения, которые касались прежде всего собственного благополучия. Дети опасались, что с ними случится Нечто плохое: «Мать не придет за ними в сад», «Их забудут», «Они заболеют» и т. п. У детей старше 3 лет возникали опасения и за жизнь своих близких вне непосредственной связи с опасностью, характеризовавшиеся чувством чуждости, стремлением избавиться от них. Дети уже по-другому формулировали их: «Я знаю, что не надо об этом думать, но ничего не могу с собой поделать».

У детей 3—6 лет возникал особый род идеаторных навязчивостей в форме навязчивых вопросов. В основе таких вопросов лежит физиологическое состояние в первом возрастном кризе, в котором ребенок и в норме при познании окружающего мира использовал опыт старших, в связи с чем задавал постоянно вопросы. Больные дети повторяли одни и те же вопросы много раз, не нуждались в ответах на них или требовали только определенного ответа. Значение таких вопросов в познании окружающего утрачивалось,

они становились бесцельными. Дети осознавали их ненужность, но не справлялись с искушением, вновь и вновь задавали один и тот же ставший бесполезным вопрос.

Навязчивый характер приобретало и рифмование одних и тех же неологизмов: «модель — водель...», «рык, окина, камелета» и т. п., в основе которых также лежало возрастное словотворчество, но оно, как и вопросы, приобретало бесцельный, навязчивый характер.

У детей старше 3 лет возникали к тому же навязчивые влечения к произношению бранных слов, к совершению опасных действий: «Хочется попасть под машину, упасть в колодец, стать на карниз» и т. п. У некоторых детей тут же возникали контрастные влечения: страх смерти и стремление заглянуть в канализационный люк, куда можно упасть, и т. п. Появлялись также навязчивые агрессивные влечения: «кусать, бить, щипать» родных. Если дети осуществляли их, то потом испытывали двойственное чувство — раскаяние и удовольствие.

В этом возрасте возникало навязчивое мудрствование: «заумные» вопросы из области «астрономии», «о жизни и смерти», «философии». Повторяющиеся представления были чужды, тягостны для детей. У некоторых в этом состоянии наблюдались также тяготившие их повторяющиеся сновидения с одинаковым содержанием.

При появлении сознания ненужности навязчивых мыслей, движений, боязни возникали защитные ритуалы, с помощью которых дети старались избавиться от неприятных им движений и мыслей. Тогда одно ненужное движение заменялось другим ненужным движением или повторением слов, бормотанием или действиями. Когда же навязчивости овладевали больными, наступали состояния резкой тревоги, беспокойства, присоединялись вегетативные симптомы. У детей холодели руки и ноги, отмечалось покраснение, побледнение кожных покровов, появлялись потливость, «неприятные ощущения» в сердце, тошнота. Все это сопровождалось чувством безотчетного страха и ажитацией.

В вечерние часы у ряда детей навязчивости усиливались, поэтому они плохо засыпали. У некоторых из них возникали фобии, страх, что «страхи» будут мешать спать, поэтому дети отказывались ложиться в постель.

Таким образом, у детей с возрастом наблюдалась отчетливая трансформация расстройств, близких к обсессивным, в моторной и идеаторной сферах, которые приобретали обсессивный характер. Сами обсессивные расстройства постепенно усложнялись с возрастом детей, возникали разнообразные фобии, ритуальные проявления, полярные навязчивости, навязчивое мудрствование.

Описанный тип расстройств в сочетании с аффективными наблюдался кратковременно, на начальном этапе развития болезни у 52,3 % больных непрерывной злокачественной и у 39 % — приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией.

Собственно обсессивные. расстройства в сочетании с аффективными проявлениями и психопатическим поведением обнаружены у 63 % детей, больных малопрогрессирующей приступообразной и у 100 % — непрерывной вялотекущей шизофренией.

У детей, больных непрерывной злокачественной и приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией, подобные расстройства были лишь в начале болезни, преимущественно истощаясь гиперкинезами, тиками, лишними движениями, состояниями безотчетного страха и опасениями; они не усложнялись, а сменялись аффективными, галлюцинаторными, кататоноподобными и кататон-гебефреническими расстройствами. При непрерывной вялотекущей шизофрении и приступообразной малопрогрессирующей шизофрении расстройства невротического типа отмечались на протяжении длительного периода в сочетании с аффективными расстройствами и псевдопсихопатическим поведением.

Аффективные синдромы, определяющиеся расстройствами настроения депрессивного и маниакального типа в обособленном виде из сочетания с другими расстройствами. Вероятность аффективной природы состояний ночного плача и беспокойства, состояний моторного возбуждения на фоне повышенного настроения у детей в возрасте до 1 года уже обсуждалась выше.

У детей в возрасте 1—3 лет аффективные симптомокомплексы выявлены в следующих формах.

Адинамическая депрессия характеризуется монотонно безрадостным настроением, вялостью, медлительностью, снижением интереса к окружающему, однообразием поведения, бедной по содержанию игрой в стороне от всех. Депрессивная триада выражена довольно отчетливо. Безрадостное настроение отражается в картине поведения, сниженных интересах, отсутствии свойственной детям лабильности настроения. Жалоб в этом периоде дети не высказывают. У окружающих иногда появляется предположение о снижении интеллекта у этих больных, так как они словно бы утрачивают только недавно приобретенные знания, навыки, не используют их в играх, не накапливают новых знаний, не запоминают сказок, стихов, не осваивают новых игр, нуждаются в побуждении к деятельности. Моторная вялость выражена отчетливо, как и соматические изменения. Адинамия у детей временами сопровождается бессилием, тогда они подолгу находятся в однообразном положении, редко меняют позы.

Тревожная депрессия с ажитацией возможна уже и в этом раннем возрасте; она характеризуется тревожным настроением, общим беспокойством. В поведении усиливаются беспричинные реакции протеста, временами появляются истероформные реакции с резким негативизмом, капризностью, плачем. Периодически в течение дня возникают состояния острой тревожной ажитации, которые сопровождаются вазовегетативными расстройствами, потливостью, покраснением и побледнением кожных покровов, изменением аппетита, повышенной жаждой. Идеаторный компонент депрессивной триады в этих состояниях отражается в бездеятельности и непродуктивности. В основном выражено бесцельное двигательное беспокойство, заторможенность проявляется лишь временами. Полностью нарушается игра, дети ничем не могут заниматься.

У детей этой возрастной группы возможны также и состояния гипомании. Повышенное настроение с оттенком веселости сочетается с двигательной суетливостью. Целенаправленная деятельность не только не облегчается, а также расстраивается. Дети ни на чем не могут сосредоточиться, внимание становится поверхностным, они легко выходят из равновесия, раздражаются, ссорятся. Меняется и внешний облик ребенка: появляется блеск глаз, румянец на щеках, усиливаются мимические реакции и жестикация, нередко глаза открыты шире обычного. Голос становится громким. В речи заметны перескакивания с темы на тему, ускорение ее темпа. Нередко полностью расстраивается общение с окружающими. Дети перестают отвечать на вопросы, говорят только о своем, выкрикивают отдельные фразы, отрывки из песен, стихов, иногда непонятные слоги, отдельные, не связанные смыслом слова. Расстраивается засыпание, сон становится укороченным, дети перестают спать днем и вместе с тем не испытывают утомления. Аппетит повышается, иногда только избирательно.

У детей 3—6 лет также наблюдаются состояния адинамической, тревожной депрессии и гипомании. У больных этого возраста состояния адинамической депрессии похожи на уже описанные такие состояния у детей младшей возрастной группы (1—3 лет).

Для тревожной депрессии характерна большая выраженность тревоги, хотя, как и у младших детей, также возможна сменяемость тревожного состояния периодами вялости и адинамии. В состоянии тревоги возникают метание, плач, капризность, непонятные сменяющиеся желания. Особенно выражены вазовегетативные расстройства: потливость, гиперемия и побледнение кожи, меняющийся аппетит, рвота, тремор, общая «дрожь», как в ознобе. Все перечисленные явления тревожного состояния делали его похожим на диэнцефальные приступы. В ряде случаев тревожной депрессии особенно усиливались состояния протестности и негативизма, которые возникали аутохтонно и повторялись

многократно в течение дня. Обычные уговоры не успокаивали ребенка, что сразу отличало эти состояния от детской капризности.

У больных этой старшей возрастной группы уже были возможны депрессии с идеями вины. Эти состояния наиболее приближались к депрессии эндогенного типа с классической депрессивной триадой. Настроение у детей было явно снижено. Они то монотонно ныли без слез, то неумоимо плакали. Менялся облик ребенка, лицо приобретало страдальческое выражение. Беспокойство с бесцельной суетливостью сменялось малой подвижностью.

Временами при углублении адинамии менялась осанка, дети становились похожими на стариков, ходили, опустив голову, согнувшись, волоча ноги, не двигали руками. Говорили тихим голосом, от игр отказывались. Нарушался сон, снижался аппетит.

Для депрессии этого типа были типичны суточные колебания настроения. К вечеру, а иногда в середине дня, перед дневным сном, возникали моторное беспокойство, бесцельная ходьба. Дети устраивали возню, вмешивались в дела взрослых, портили игрушки, беспричинно смеялись. Продуктивность в эти часы оставалась сниженной, дети не могли слушать чтение, не сосредоточивались на предлагаемых играх.

Депрессивные состояния этого типа характеризовались и возможностью углубления собственно депрессивного состояния. У детей 4—6-летнего возраста появлялись мимолетные жалобы на неприятные или болевые ощущения в разных частях тела, преимущественно в конечностях. Иногда были мимолетные высказывания, в которых отражались переживания больными «скуки» и «тоски». У некоторых детей тогда же возникали явления депрессивной дереализации: «все как в тумане», «как во сне», «все вещи старые». В последнем случае изменялось не только восприятие реальности, четкости предметов окружающего мира, но и ощущение времени их использования, т. е. появлялись элементы, близкие проявлениям «уже виденного».

Иногда у детей в этих состояниях отмечались ощущение остановки времени, явления отчуждения сна. Некоторые дети начинали переживать свой «возраст», испытывали страх приближения старости, они тревожились, что прожили много лет. Иногда у них расстраивалось восприятие собственной личности с ощущением ее уменьшения: «Я становлюсь все меньше и меньше», а при дальнейшем углублении депрессии появлялись высказывания, близкие к идеям отрицания: «Он мертвый, его в милицию надо», «Пусть меня не будет, пусть разрежут ножиком пополам». В нигилистических или близких им высказываниях обычно отсутствовала полная убежденность собственного отрицания, нигилизм проявлялся скорее в форме желаемого, а не истинного

ощущения отрицания себя.

Легко возникали состояния, близкие к меланхолическому раптусу, с вегетативными нарушениями.

У детей еще более старшего возраста, 6—8 лет, обнаруживались депрессивные состояния с проявлениями чувственного бреда фантастического содержания. Дети при этом воспринимали себя и „окружающее в двух планах. Возникла иллюзия отрицательного двойника (отец родной и одновременно подставное лицо) и т. п. Чаще отрицательный двойник воспринимался в облике злого зверя. Нередко бывала смена положительного двойника отрицательным. Даже при незначительном изменении состояния патологические идеи тут же отступали. Эти расстройства обычно отмечались отрывочно и неравномерно у разных больных, что было связано не только с глубиной депрессивного состояния, но и с разной степенью психической зрелости детей. Заметное усложнение идеаторных расстройств наступало у больных детей старше 5—6 лет

Депрессивные состояния всегда сопровождались соматическими изменениями: дети худели, кожные покровы становились сухими, бледно-серой окраски, под глазами появлялись синяки, снижался аппетит. Язык обычно покрыт налетом, губы становятся запекшимися. Дети отказывались от пищи, у них наблюдались запоры.

Адинамический тип депрессии обнаружен у 11,4 % детей, больных непрерывной вялой шизофренией, и у 23 %—приступообразной рекуррентной шизофренией. Адинамическая депрессия у некоторых больных с чертами элективного мутизма, с возможностью смены адинамической депрессии, смешанными состояниями была выявлена у 20 % детей, больных шизофренией с вялым непрерывным течением и у 22 % —с приступообразной малопрогрессирующей шизофренией.

Тревожная депрессия с ажитацией обнаружена у 29,3 % больных рекуррентной шизофренией.

Тревожная депрессия с чертами негативизма, дисфорическими проявлениями в сочетании с невротоподобными расстройствами, влечениями, расстройствами поведения наблюдалась у 42,8 % больных вялопротекающей шизофренией и у 15 %—приступообразной малопрогрессирующей шизофренией. При этом виде депрессии у детей, больных приступообразной малопрогрессирующей шизофренией и вялой непрерывной шизофренией, выраженность аффекта тоски невелика — в основном обнаруживалось чувство тревоги и недовольства. В отличие от больных рекуррентной шизофренией недовольство в этих случаях направлено на окружающих, а не на себя. В поступках выступали проявления агрессии с садистскими влечениями. В игровой

деятельности, фантазировании, влечениях находил отражение депрессивный фон настроения. Больные дети играли в похороны, рисовали кресты, могилы. Иногда у них возникали сновидения, в которых они переживали смерть. Наряду с этими расстройствами отмечались опасения детей за свое здоровье. Сочетание агрессивных тенденций в поведении с аффективной неустойчивостью, взрывчатостью, мрачностью, придавало депрессии дисфорический оттенок. Обычно утяжеление состояния вело к усилению навязчивых опасений, патологических фантазирования и влечений, а не углубления соответственно депрессивного аффекта.

Тревожная депрессия с деперсонализационными расстройствами выявлена у 6,1 % больных малопрогрессирующей приступообразной шизофренией, депрессия с идеями вины — у 25,6 % больных рекуррентной шизофренией. — Очерченные гипоманиакальные состояния обнаружены у 15,3 % детей, больных рекуррентной шизофренией, смешанные состояния и состояния гипомании в сочетании с нарушениями поведения, невротоподобными расстройствами — у 37,2 % детей, страдавших приступообразной малопрогрессирующей шизофренией.

Состояния, близкие к депрессивно-субступорозным, выявлены у 4,7 % детей с малопрогрессирующей приступообразной шизофренией и у 5,9 % детей с приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией.

Аффективные симптомокомплексы как начальные, вслед за которыми развивались регрессивно-кататоноподобные расстройства, установлены у 26,2 % детей, больных приступообразной, близкой к злокачественной, шизофренией. Депрессии в этих случаях атипичны.

Депрессия, как правило, сменялась гипоманией с дурашливым поведением. Гипоманию отличала неустойчивость настроения, что периодами напоминало состояния с лабильным аффектом. Для депрессий, в особенности для состояний гипомании, характерны нарушения коммуникативной функции речи, грубое расстройство поведения с оживлением патологических влечений. За этой стадией болезни в клинической картине приступа следовали кататоноподобные, кататонические расстройства, регресс поведенческих, моторных навыков и речи.

Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)
Заключение Башина В.М.

Клиническое изучение ранней детской шизофрении (т. е. шизофрении раннего детства с началом до 3 лет и шизофрении дошкольного возраста с началом от 3 до 5 лет) представляет раздел общих исследований шизофрении, которые проводятся в сравнительно-возрастном аспекте в Институте психиатрии АМН

СССР (А. В. Снежневский, Р. А. Наджаров, М. Ш. Вроно и др.).

При верификации шизофрении у детей раннего возраста использовались те же клинико-нозологические критерии, что и при определении шизофрении у лиц других возрастных групп. Анализ многочисленных работ отечественных и зарубежных авторов, а также собственные исследования по ранней детской шизофрении дают возможность выделить основные аспекты этой проблемы.

1. Правомерно ли выделение шизофрении раннего детства или правильнее рассматривать психоз. этого типа у детей из-за его малой дифференцированности в круге препсихотических состояний, синдрома раннего аутизма Каннера, симбиотических психозов, органической деменции? Комплексные исследования подобного психоза у детей с учетом прогредиентности, типологии течения, динамики психопатологических расстройств в процессе возрастного онтогенеза и течения болезни показали, что и у детей этой возрастной группы возможна шизофрения как обособленная клинико-нозологическая единица с присущей ей клиникой и едиными для больных шизофренией всех возрастных групп формами течения. Оказалось, что и у больных в период раннего детства и в дошкольном возрасте шизофрения протекает непрерывно — злокачественно и вяло, и приступообразно — со степенью прогредиентности, близкой к злокачественной, средней, малой (в последней группе обнаружены случаи с рекуррентным течением). Единство форм течения шизофрении у детей и взрослых больных подтверждается прежде всего сходными тенденциями течения, прогредиентности болезни возрастной динамикой психопатологических расстройств, а также распределением больных по полу и характером семейной патологии. Все это позволило сделать вывод, что возникновение шизофрении и развитие ее форм не зависят от онтогенетического уровня детей в начале болезни, а определенным образом взаимосвязаны с наследственной семейной патологией.

В свою очередь наличие разных форм течения шизофрении раннего детства и дошкольного возраста послужили основанием к тому, чтобы высказать суждение о практической невозможности предлагаемой идентификации ранней шизофрении с перечисленными выше состояниями. Каждое из рассмотренных состояний — препсихотическое, синдром раннего детского аутизма Каннера, психопатия или органическая деменция — в отдельности представляют собой более узкое клиническое состояние с только им присущими стереотипами развития. Поэтому можно ставить вопрос об идентификации или дифференциации только отдельных форм течения ранней шизофрении с указанными патологическими состояниями, т. е. непрерывной злокачественной — с дементирующими органическими поражениями головного мозга инфекционного, травматического, энзимопатического генеза, вялотекущей — с психопатиями, препсихотическими состояниями, приступообразной малопрогредиентной — с фазами, реакциями,

приступами при патологическом развитии личности конституционального и психогенного генеза. Не останавливаясь подробно на дифференциации каждого из этих состояний с разными формами шизофрении у детей, подчеркнем, что для последней всегда характерны негативные расстройства в форме сдвигов, изменений личности с появлением новых качеств или утратой старых с обеднением личности, появление диссоциации в психофизическом развитии — от легких степеней задержанного развития до недоразвития олигофреноподобного типа, явления регресса, падение активности, аутистические формы поведения. Клинике ранней шизофрении, как правило, присущи позитивные симптомы, их трансформация в связи с онтогенезом и прогрессиентностью процесса И, наконец, во всех семьях пробандов ранней шизофрении имеется семейная патология.

Квалификация стертой приступообразной, протекающей на амбулаторном уровне, ранней шизофрении с неглубокими постприступными изменениями в развитии личности всегда трудна. Если в этих случаях ставится диагноз шизофрении, то в дальнейшем приходится сталкиваться с группой больных шизофренией, состояние которых на протяжении многих лет определяет только невыраженная личностная акцентуация. Признавая трудность определения этих случаев и допуская, что решить этот вопрос помогут только дальнейшие исследования клиники малопрогрессиентной шизофрении и в особенности клиники личностных реакций, фазных расстройств, приступов у больных со своеобразным развитием личности конституционального генеза, мы все же считаем более правильным определять их как препсихотические состояния эндогенного происхождения.

Много трудностей также в дифференциации малопрогрессиентной вялотекущей шизофрении и синдрома раннего аутизма Каннера. Наши исследования подтвердили данные О. П. Юрьевой (1970) о возможности выделения в доманифестном периоде больных ранней шизофренией трех типов дизонтогенеза: акцентуированного, искаженного и задержанного. Кроме того, нам удалось показать, что непрогрессиентный синдром раннего детского аутизма Каннера представляет собой крайний вариант задержанного развития эволютивного дизонтогенеза. Ему присущи неравномерность развития функций, отсутствие вытеснения, как при физиологической норме, примитивных структур сложными в пределах каждой функции, их хаотическое переслаивание, что и составляет основу мозаичного аутистического развития личности. Эти качества функционирования систем наблюдаются как в состояниях эволютивного дизонтогенеза, так и в процессуальных. Такие особенности созревания функциональных систем отсутствуют при других вариантах измененного развития, с которыми приходится встречаться в доманифестном периоде у детей, больных ранней шизофренией. Поэтому встает вопрос, относить ли синдром раннего детского аутизма Каннера в связи с указанными выше

особенностями к процессуальным состояниям, т. е. собственно к шизофрении, или причислять их к кругу конституционального дизонтогенеза, т. е. собственно психопатий, в связи с отсутствием прогредиентности в состоянии с возможностью последующей его компенсации. По этому поводу высказываются разные взгляды. Исходя из собственных клинико-динамических наблюдений больных с синдромом раннего детского аутизма Каннера (мы не говорим вообще о синдроме детского аутизма), считаем наиболее правильным признать этот синдром самостоятельным вариантом эволютивного дизонтогенеза. Этот синдром занимает крайнее положение в ряду эволютивных дизонтогенезов. Из-за большей тяжести дизонтогенеза, как нам удалось показать, синдром детского аутизма Каннера к аутистической психопатии Аспергера — Сухаревой приравнять невозможно.

Синдром детского аутизма Каннера невозможно идентифицировать и со всей ранней детской шизофренией, как это предлагают ряд авторов (Колвин, Макита и др.), поскольку клиникой синдрома раннего детского аутизма Каннера не исчерпывается многообразие рассмотренных форм детской шизофрении.

Следует обратить внимание детских психиатров и на возможность развития постприступных состояний после приступов шизофрении с проявлениями регресса, протекающих до 3-летнего возраста, которые по клинической картине очень похожи на синдром раннего инфантильного- аутизма. Эти состояния скорее надо рассматривать как постпроцессуальные состояния «псевдоканнеровского» аутизма. При них социальная адаптация обычно хуже и вероятность повторных приступов болезни больше.

2. Следует остановиться и на разграничении форм течения болезни в круге самой ранней шизофрении. Такая дифференциация представляет не только теоретический, но и практический интерес, так как является основой правильной врачебной тактики, терапии, социальной реабилитации или своевременного устройства больных ранней шизофренией в учреждения собесов. Наибольшие трудности возникают при дифференциации непрерывной, вялотекущей и приступообразной, с малой степенью прогредиентности форм шизофрении. Физиологические особенности аффекта в раннем детстве и преддошкольном возрасте, его лабильность, обуславливают частые обострения при непрерывной, вялотекущей шизофрении, а периоды кризов ведут к растянутости приступов со стертой серийностью в случаях приступообразной малопрогредиентной шизофрении. В связи с этим не всегда можно применять основной принцип деления на непрерывный и приступообразный процесс, на основании которого при непрерывном, вялотекущем процессе обострения, как правило, не меняют резко структуры личности, тогда как при приступообразных процессах приступы, наоборот, чаще всего приносят новое качество в структуру личностного развития. Обращает на себя

внимание также выраженность аффективных расстройств при обеих формах течения процесса, а фазность последних, казалось бы, наиболее свойственная приступообразному процессу, у больных этой возрастной группы также не всегда отчетлива. В этих случаях всегда следует придерживаться клинико-динамического подхода, проявляя особую осторожность в практических, социальных рекомендациях, так как нередко случаи, когда приступы растягиваются на несколько лет, после которых наступает ремиссия с полноценной социальной адаптацией, а при вялом не-» прерывном течении прогноз значительно хуже.

3. Важными остаются вопросы разработки семиологии шизофрении раннего детства, в особенности первого года жизни, а также дальнейшее уточнение клиники отдельных симптомов и синдромов в динамике ранней шизофрении и в процессе онтогенеза больных.

4. Без комплексного изучения больного, знания семейной патологии, невозможно составить правильное представление о болезни, ее семейных особенностях, без чего затруднено даже относительное прогнозирование. Патология в форме личностных аномалий, психозов неуточненного генеза, алкоголизма в фазных состояниях встречается во всех семьях больных шизофренией детей, тогда как случаи шизофрении, верифицированной в больницах, составляют от 0,8 до 2,5 %. Наименьшая выявляемость патологии характерна для семейного фона при непрерывной злокачественной шизофрении (30,7 %), наибольшая — в случаях приступообразной, с малой прогрессивностью, шизофрении (50,8 %).

5. Необходимо подчеркнуть важность применения биологически стимуляторов под прикрытием нейролептиков и транквилизаторов у больных дошкольного возраста в постприступных состояниях, в особенности когда имеются вялость, адинамия, речевая инактивность при малопрогрессирующей приступообразной шизофрении. Следует отметить малую терапевтическую эффективность любых препаратов при лечении непрерывной злокачественной шизофрении. В подобных случаях лечение никогда не предотвращало формирования конечных состояний с тяжелым олигофреноподобным дефектом.

Список литературы **Ранняя детская шизофрения (статика и динамика)**

Башина В.М.

Башина В. М. Катамнез больных с синдромом раннего инфантильного аутизма Каннера. — Журн. невропатол. и психиатр., 1977, Т. 77, Вып. 10, с. 1532—1536.

Башина В. М. Особенности деперсонализационных расстройств у больных шизофренией детей. — Журн. невропатол. и психиатр., 1978, Т. 78, Вып. 10, с. 1517—1523.

Башина В. М., Пивоварова Г. Н. Синдром аутизма у детей. — Журн.

невропатол. и психиатр., 1970, Т. 70, Вып. 6, с. 941—943.

Башина В. М., Пивоварова Г. Н. Клинические особенности депрессивных расстройств при приступообразной шизофрении у детей.—Журн. невропатол. и психиатр., 1972, Т. 72, Вып. 10, с. 1536—1541.

Большаков А. Г. О различиях психопатоподобных синдромов при шизофрении, психопатических и психопатоподобных состояний в подростковом возрасте.— В кн.: Материалы к 3-й Всероссийской научной конференции по неврологии и психиатрии детского возраста 15—18 ноября 1970 г. — М., 1971, с. 182—186.

Буторина Н. Е. Роль биологического и социального факторов в происхождении невротических расстройств у детей от больных шизофренией родителей.—«В кн.: IV. Симпозиум детских психиатров социалистических стран. Тезисы докл. М., 1976, с. 162.

Буянов М. И. Вопросы пограничных состояний на страницах журнала Acta paedopsychiatrica (1960—1966 гг.).—Журн. невропатол. и психиатр., 1968, Т. 68, Вып. 12, с. 1884—1887.

Воробьев В. Ю. О сравнительных особенностях одного из вариантов шизофрении и резидуально-органических заболеваний центральной нервной системы с деперсонализацией. — В кн.: VI Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. — М., 1975, с. 172—175.

Вроно М. С. Шизофрения у детей и подростков (Особенности клиники и течения). —М.: Медицина, 1971, с. 123—128.

Вроно М. Ш., Башина В. М. Синдром Каннера и детская шизофрения. — Журн. невропатол. и психиатр., 1975, Т. 75, Вып. 9, с. 1379—1383.

Гирич Я. П. Об особенностях синдрома психогенной депрессии у детей.—Журн. невропатол. и психиатр., 1970, Т. 70, Вып. 10, с. 1548—1551.

Головань Л. И., Башина В. М. Клинико-генеалогические данные о семьях детей больных шизообразной шизофренией. — В кн.: Материалы конференции по детской психиатрии 25—26 февраля 1970 г. — М.: Моск. гор. психоневрол. диспансер для детей, 1970, с. 37—41.

Жуковская Н. С. Вопросы разграничения неврозов страха и неврозоподобной шизофрении с синдромом страхов в детском возрасте. — В кн.: Материалы к 3-й Всероссийской научной конференции по неврологии и психиатрии детского возраста 15—18 ноября 1970 г. — М., 1971, с. 236—239.

Исаев Д. Н., Каган В. Е. Шизофрения и аутистические синдромы у детей. — В кн.: VI Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Т. 3. — М., 1975, с. 218—221.

Калугина И. О. Клинические особенности приступообразной прогрессивной шизофрении у детей. — Журн. невропатол. и психиатр., 1970, Т. 70, Вып. 9, с. 1368—1372.

Кистяковская М. Ю. Развитие движений у детей первого года жизни. — М.: Педагогика, 1970.—223 с.

Ковалев В. В. Некоторые узловые вопросы проблемы неврозов в детском возрасте с позиций эволюционно-динамического подхода. — В кн.: IV Симпозиум детских психиатров социалистических стран. — Тезисы докл., 1976 с. 47—49.

Козлова И. А. О формах течения ранней детской шизофрении. — Журн. невропатол. и психиатр., 1967, Т. 67, Вып. 10, с. 1516—1521.

Концевой В. А. Шизофрения с приступообразно-прогрессивным течением (психопатология и типология приступов). — Журн. невропатол. и психиатр., 1974, Т. 74, Вып. 1, с. 112—115.

Коркина М. В., Цивилько М. А., Коссова Е. А. К вопросу о нозологическом видоизменении синдрома деперсонализации-дереализации. — В кн.: Нозологические видоизменения психопатологических синдромов. — Клиника, патогенез и лечение алкогольных заболеваний. — Душанбе, 1974, с. 27—30.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1977.—208 с.

Морозов Г. В. Ступорозные состояния. — М.: Медицина, 1968.— 241 с.

Наджаров Р. А., Штернберг Э. Я. Клиника и течение шизофрении в возрастном аспекте. — Журн. невропатол. и психиатр., 1975, Т. 75, Вып. 9, с. 1374—1376.

Пападопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы. — М.: Медицина, 1972. —192 с.

Семенова К. А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. — М.: Медицина, 1972.—328 с.

Семеновская Э. И. К вопросу о периодическом течении шизофрении в раннем детском возрасте. — Журн. невропатол. и психиатр., 1972, Т. 72, Вып. 10, с. 1541—1544.

Снежневский А. В. О нозологии психических расстройств. — Журн.

невропатол. и психиатр., 1975, Т. 75, Вып. 2, с. 138—141.

Сосюкало О. Д. О влиянии возрастного фактора на ипохондрическое бредообразование при шизофрении у детей и подростков.— Труды Моск. научно-исслед. ин-та психиатрии МЗ РСФСР, 1974, Т. 67, С с. 100—107.

Сухарева Г. Е. Роль возрастного фактора в клинике детских психозов.—Журн. невропатол. и психиатр., 1970, Т. 70, Вып. 10, с. 1513—1516.

Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избр. главы.— М.: Медицина, 1974.—320 с.

Ушаков Г. К. Детская психиатрия. — М.: Медицина, 1973.—392 с.

Ушаков Г. К. Принципы соматопсихического развития.—М.: Медицина, 1974, с. 8—47.

Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства.—М.: Медицина, 1978.—400с.

Шишкова И. А. Шизофрения с психопатоподобными проявлениями у детей и подростков. — Журн. невропатол. и психиатр., 1970, Т. 70, Вып. 2, с. 251—254.

Шизофрения. Клиника и патогенез/Под ред. А. В. Снежневокого.— М.: Медицина, 1969.—463 с.

Юрьева О. П. О типах дизонтогенеза, у детей, больных шизофренией.— Журн. невропатол. и психиатр., 1970, Т. 70, Вып. 8, с. 1229—1235.

Annel A. L. Depressive states in childhood and adolescence. — In: Proc. 4th UEP Congr.—Stockholm, 1971, p. 11—16.

Bender L., Faretra G. The relationship between childhood schizophrenia and adult schizophrenia. — In: Genetic factors in «Schizophrenia». — Springfield, ill., 1972, p. 30—36.

Bollea G., Giannotti A. Depressions et reactions episodiques obsessivo compulsives. — In: Proc. 4-th UEP Congr. — Stockholm, 1971, p. 389—496.

Bosch G. Phychoses in Kjnndesalter. — In: Psychiatrie der Gegenwart. Ki. Kisker, J. Meyer, M. Miiller and S. Stromgren (eds.). — Berlin—Heidelberg—New York: Spring. — Verg., 1972, Bd II, S. 873.

Campbell M. Infantile autism—by Gerhard Bosch.— J. Autism, Child.

Schizophrenia, 1972, v. 2, p. 202.

Covanovic N., Radojicic B. Kinderdepressionen. In: Proc. 4th UEP Congr.—Stockholm, 1971, p. 163—186.

(Coupornik C.) Куперник С. Концепция детской шизофрении. — В кн.: Международный симпозиум по шизофрении (12—18 октября 1973 г.) в гг. Ереван —Тбилиси.— М., 1973, с. 81—84.

Diatkine R. Lenfant prepsychotique — Psychiat. Enfant., 1970, v. 12, p. 413—415.

Dobrotka G. Das paranoid—depressive Syndrome im der Kindheit.— In: Proc. 4th UEP Congr. — Stockholm. 1971, p. 375—382.

Eggers Ch. Verlaufsweisen Kindlicher und prapuberaler Schizophrenien. — In: Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie. Psychiatry Series. — Berlin — Heidelberg — New York: Spring.— Verl., 1973, s. 9—13.

(Eggers E. H., Kulz J., Wagner K. D.) Эггерс Г., Кюльц И., Вагнер К. Взаимосвязь между соматическим развитием и функциональными особенностями пубертатного возраста. — В кн.: Проблемы постнатального соматопсихического развития.—М.: Медицина, 1974, с. 137—150.

(Eggers E. B., Wagner K. D., Kulz J., Kleinpeter H.) Эггерс Г., Вагнер К., Кюльц И., Клаинпетер У. Особенности влияния экзогенно-соматических факторов на развитие ребенка. — В кн.: Проблемы постнатального соматопсихического развития. — М.: Медицина, 1974, с. 152—220.

Elisenberg L. The classification of childhood psychoses reconsidered.— J. Autism. Child. Schizophrenia, 1972, v. 2, p. 338—341.

Gollnitz K.. Zusammenhang von druckindlicher Encephalopathie und depressiven Zustanden. — In: Proc. 4—th UEP Congr.—Stockholm, 1971, p. 227245.

Kanner L. Follow—up study of eleven autistic children priginally reported in 1943.—J. Autism. Child. Schizophrenia, 1971, v. 1, p. 119—123.

Kanner L., D Rodrigues J., Asphenden B. How far can autistic children go in matters of social adaptation. — J. Autism, Child. Schi_ zophrenia, 1972, v. 2, p. 9—12.

Knobel M. A critique of vronos «Schizophrenia in childhood and adolescence. — Int. J. Ment. Health, 1974, v. 2, p. 164—168.

Kohler Ch., Bernard F. Les etats depressifs chez l'enfant. — In: Proc 4th UEP Congr. — Stockholm, 1971, p. 173—176.

Kolvin J. L. Research into childhood psychoses: A cross-cultural comparison and commentary, — Int J. Ment. Health, 1974, c. 2, p. 194—198.

Kolvin J. L., Garside R., Kidd J. Studies in the childhood psychoses.— Brit. J. Psychiat., 1971, v. 118, p. 403—405.

Van Krevelen D. Arn. Childhood schizophrenia: diagnostic consideration and social implications. — Int. J. Ment. Health, 1974, v. 2, p. 126—131.

Van Krevelen D. Arn. Problems of differential diagnosis between mental retardation and autism infantum.—Acta Paedopsychiat., 1977, v. 39, p. 8—10.

Lebovici S. Contribution psychoanalytique a la connaissance de la depression chez l'enfant et l'adolescent. — In: Proc. 4th UEP Congr. — Stockholm, 1971, p. 45—52.

McCulloch M. J., Williams C. Infantile autism. — Acta psychiat. scand., 1971, v. 47, p. 295—299.

Mahler M., Purer M. Child psychosis: a theoretical statement and its implications.—J. Autism. Child. Schizophrenia, 1972, v. 2, p. 213—218.

Makita K., Umezaki K. An objective evaluation technique for autistic children. An introduction of CLAC scheme.—Acta Paedopsychiat., 1973, v. 39, p. 237—239.

Meierhofer M. Depressive Verstimmungen im fruhen Kindersalter.— In: Proc. 4th UEP Congr.—Stockholm, 1971, p. 159—162.

Meyer M., Churchill D., Pontius W., Gilkey K. Comparison of five diagnostic systems for childhood schizophrenia and infantile autism.—J. Autism. Child. Schizophrenia, 1971, v. 1, p. 175—179.

Nissen G. Symptomatik und Prognose depressiver Verstimmungszustände im Kindes- und Jugendalter. — In: Proc. 4th UEP Congr.—Stockholm, 1971, p. 501—508.

Rutter M. Child schizophrenia reconsidered. — J. Autism. Child. Schizophrenia, 1972, v. 2, p. 315—318.

Stutte H. Systematized delusions in early life schizophrenia. — J. Autism. Child. Schizophrenia, 1971, v. 1, p. 411—415.

Wolf E., Wenar Ch. A comparison of personality variables in autistic and mentally retarded children. — J. Autism. Child. Schizophrenia, 1972, v. 2,

